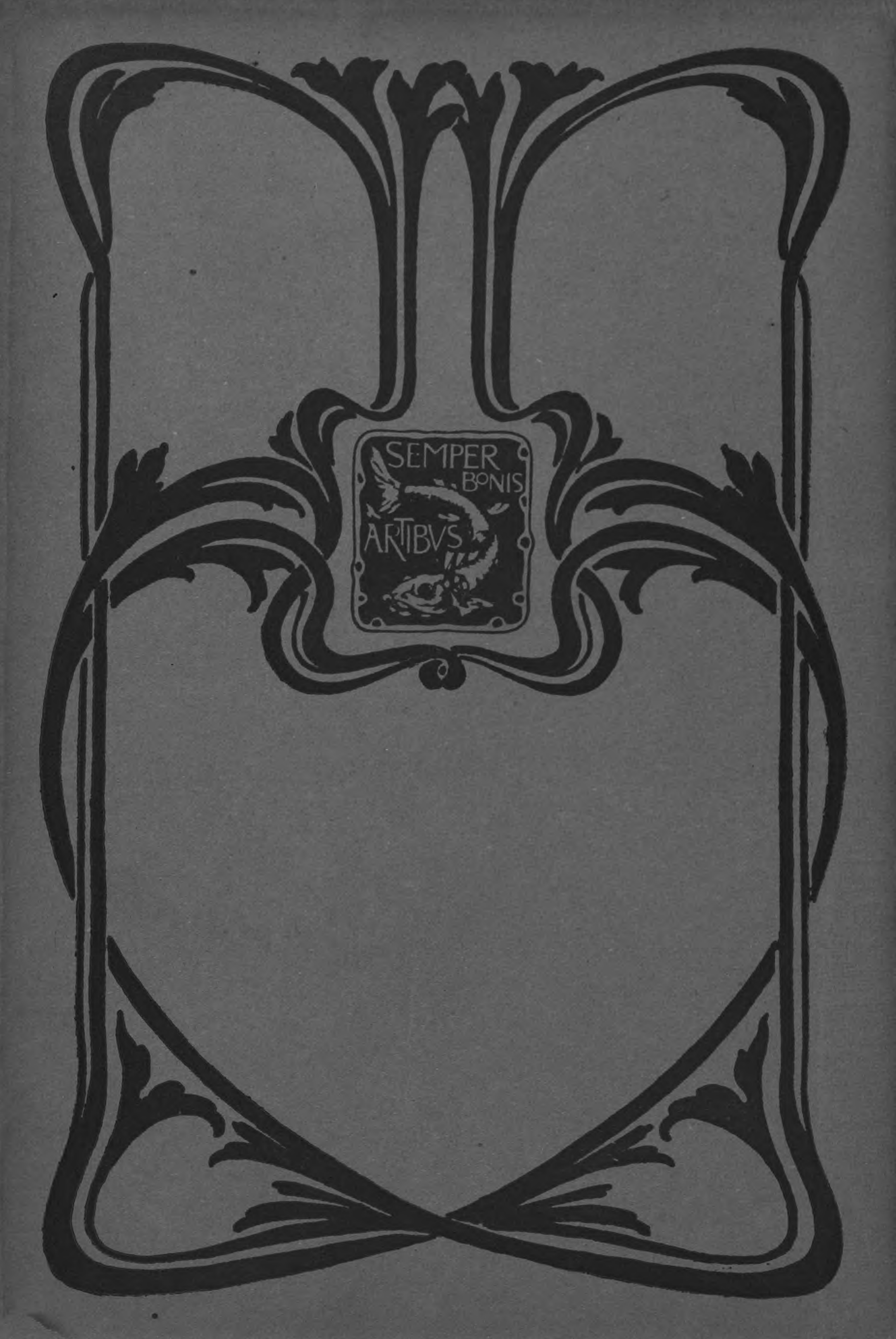
Handbuch der Sozialen Medizin

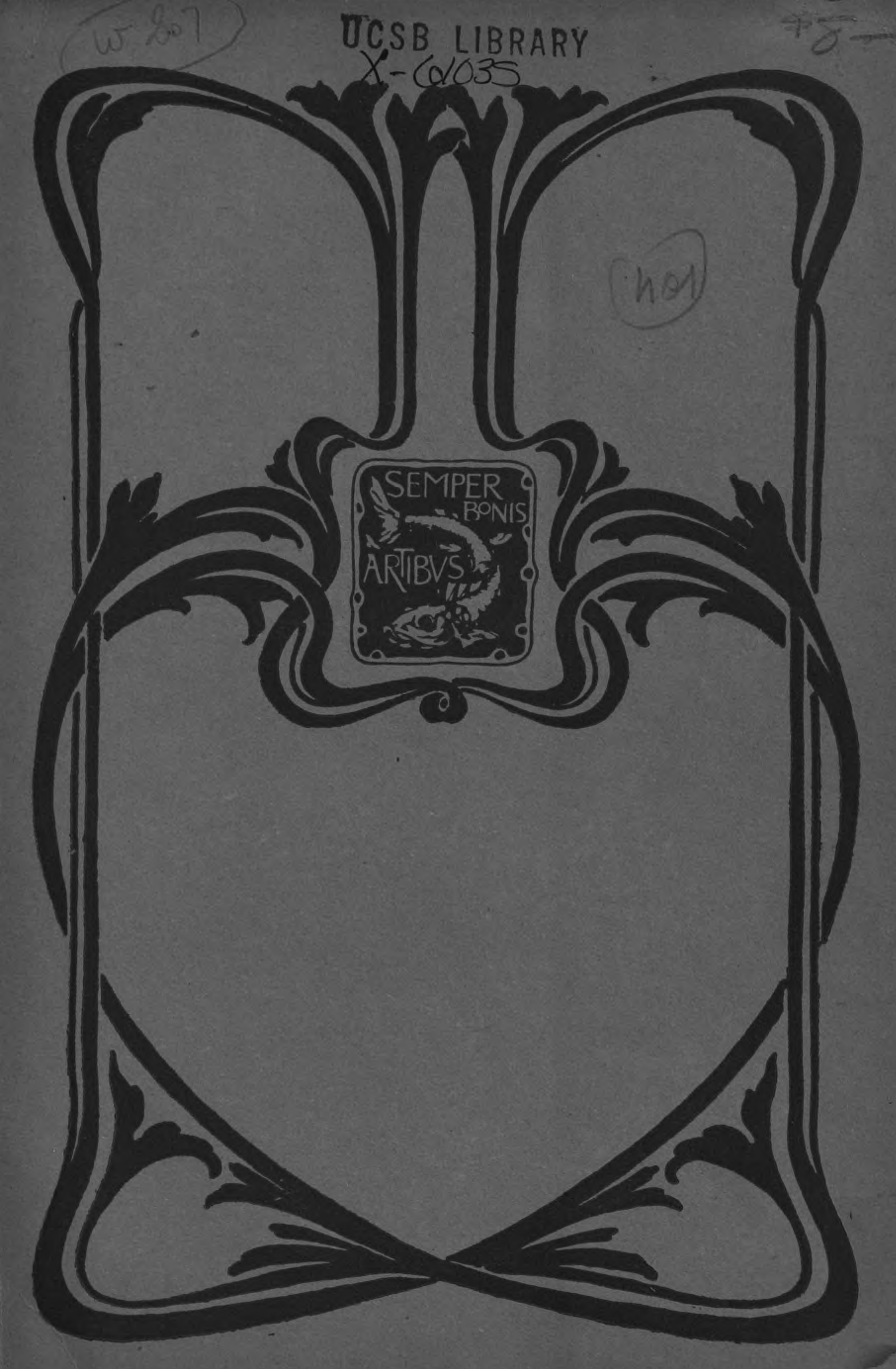
herausg. von M. Fürst u. F. Windscheid

Siebenter Band

S. Bettmann,	Die ärztliche Überwachung der Prostituierten
G. Schmalfuß,	Stellung und Aufgaben des Ammenuntersuchungsarztes

Jena
Gustav Fischer
1905


SEMPER
BONIS
ARTIBVS


SEMPER
BONIS
ARTIBVS

Handbuch
der
Sozialen Medizin.

Bearbeitet von

Dr. **Abel**, Regierungs- und Medizinalrat in Oppeln, Dr. **Aschaffenburg**, Professor in Köln a. Rh., Dr. **Bettmann**, Professor in Heidelberg, Dr. **Heinrich Embden** in Hamburg, Dr. **Flatten**, Medizinalrat in Oppeln, Dr. **Friedheim**, Oberstabs- und Regimentsarzt in Wandsbek, Dr. **Moritz Fürst** in Hamburg, Dr. **Granier**, Geheimer Rat in Berlin, Dr. **Grosser**, Direktor der Hebammenlehranstalt in Oppeln, Dr. **Henius**, Sanitätsrat in Berlin, Dr. **K. Jaffé** in Hamburg, Dr. **F. Jessen** in Davos, Dr. **Georg Ilberg**, Oberarzt in Großschweidnitz, Dr. **Klose**, Medizinalrat in Oppeln, Dr. **Lange**, Privatdozent in Leipzig, Dr. **R. Lennhoff** in Berlin, Dr. **Nocht**, Physikus und Hafenarzt in Hamburg, Dr. **Nonne**, Oberarzt in Hamburg, Dr. **B. Pfeiffer**, Physikus und Stadtarzt in Hamburg, Dr. **Johannes Ritter** in Geesthacht, Dr. **Schmalfuss**, Sanitätsrat in Hamburg, Dr. **Th. Sommerfeld**, Professor in Berlin, Dr. **Sudeck** in Hamburg, Dr. **Windscheid**, Professor in Leipzig.

Herausgegeben von

Dr. Moritz Fürst, und **Dr. F. Windscheid**,
Arzt in Hamburg, Professor in Leipzig.

Siebenter Band.

Inhalt:



Jena,
Verlag von Gustav Fischer.
1905.

Die ärztliche Ueberwachung
der
Prostituierten.

Von

Prof. Dr. S. Bettmann
in Heidelberg.

Mit 2 Kurven im Text.



Jena,
Verlag von Gustav Fischer.
1905.

Inhalt.

Einleitung.

Eine Arbeit über die ärztliche Ueberwachung der Prostitution kann heutzutage keinen rein referierenden Charakter tragen. Die Schilderung der bestehenden Zustände weckt auf Schritt und Tritt die Kritik, und kaum eine Institution unseres öffentlichen Lebens, die vom sozial-medizinischen Standpunkte aus zu berücksichtigen ist, unterliegt so vielen und so schweren Angriffen wie die derzeitige Reglementierung der Prostituierten. Sie begegnet nicht nur prinzipiellen Einwänden, sondern gerade auch ärztliche Vertreter der Anschauung, daß im Interesse der Volksgesundheit eine Ueberwachung der Prostitutierten notwendig sei, zeigen sich mit den bestehenden Einrichtungen unzufrieden und erklären sie nach Umfang, Form und Inhalt für verfehlt und unzulänglich. Jede Arbeit über das Gebiet, das uns hier beschäftigen soll, gewinnt somit mehr oder minder einen kritischen und polemischen Charakter und wird je nach dem Standpunkt des Verfassers zur Anklage- oder Verteidigungsschrift.

An Vorschlägen, was an Stelle des alten und veralteten Systems zu setzen sei, ist kein Mangel; im Gegenteil, wir finden des Guten eher zu viel; und wenn jedem, der unserer Frage näher tritt, zunächst die Aufgabe aussichtsreich erscheinen mag, die Aenderungsmöglichkeiten weiter zu verfolgen, so führt die Vertiefung in die Materie bald zur Ernüchterung. Es gilt nicht nur, Utopien und Phantastereien abzulehnen, welche die Macht der realen Tatsachen verkennen oder gar nicht berücksichtigen wollen, sondern auch annehmbare und rationelle Reformvorschläge erweisen sich als undurchführbar, weil sie auf prinzipielle Widerstände stoßen. Denn gerade in der Prostitutionsfrage begegnen sich wohl verschiedenartige Tendenzen in dem guten Willen zu bessern und zu helfen, aber sie gehen in ihren Mitteln und Zielen weit auseinander.

Die Untersuchung, die den Arzt an die Prostitutionsfrage heranführt, gilt der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. In der Fülle von Problemen und Forderungen, die sich an jene Frage knüpfen, sind neben dem Standpunkte des Moralisten, des Juristen, des Soziologen die Interessen des Hygienikers zu wahren. Wir haben dabei von vornherein mit allem Nachdruck zu betonen, daß jener Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten an den verschiedensten Punkten einzusetzen hat und daß er sich vor allem auch nicht auf hygienische

Zwangs- und Hilfsmittel beschränken darf. Gerade darum aber müssen wir uns erst recht klar machen, was eine gesundheitliche Ueberwachung der Prostituierten leistet, wie weit sich ihre Wirksamkeit steigern und ausbauen läßt, oder unter welchen Voraussetzungen wir im Gegenteil ganz auf ein System verzichten könnten, das Anfeindungen von allen Seiten ausgesetzt ist.

Unter solchen Gesichtspunkten darf die Besprechung der Prostitutionsfrage in einem Handbuche der sozialen Medizin nicht fehlen. Die Art dieser Arbeit bringt es mit sich, daß sie dem, was gerade in den letzten Jahren von einer großen Anzahl von Autoren gesagt worden ist und was uns speziell die grundlegenden und zusammenfassenden Arbeiten von NEISSER und von BLASCHKO gebracht haben, wesentlich neues kaum hinzufügen kann. Wir sind vielfach auf die Benutzung desselben Materiales und auf die sachliche Wiederholung der Ausführungen dieser beiden Autoren angewiesen. Aber es kann hier auch gar nicht unsere Aufgabe sein, besonders neue und originelle Gesichtspunkte zu entwickeln. Speziell für die drängende Frage der Erhaltung oder Aufhebung der Reglementierung läßt sich neues kaum mehr heranziehen. Möge aber unsere Darstellung dem Arzte zeigen, wie weit er in der Prostitutionsfrage seinen speziellen medizinisch-wissenschaftlichen Standpunkt zu vertreten hat, und dem Nichtarzte klar machen, wie weit diese medizinisch-hygienische Seite der Angelegenheit unter allen Umständen Berücksichtigung verlangt.

Es wäre unmöglich, die außerordentliche Fülle von Publikationen, die herangezogen werden mußten, einzeln anzuführen. Es wurde deshalb darauf verzichtet, am Ende der einzelnen Kapitel Literaturübersichten zu geben, um so mehr als ein und dieselbe Arbeit vielfach an verschiedenen Stelllen zu nennen wäre. Ich beschränke mich darauf, dem Buche den Hinweis auf einzelne besonders wichtige Arbeiten sowie auf Zeitschriften anzufügen, die fortlaufend hierher gehörende Publikationen und Literaturübersichten enthalten.

Die gesundheitliche Ueberwachung von Prostituierten stellt in der Form und in dem Umfange, wie sie unter dem System der Reglementierung in Deutschland und anderen Kulturländern ausgeübt wird, eine Aufgabe dar, der die große Ueberzahl der Aerzte in ihrem praktischen Berufe fernsteht und die ihrer Natur nach auf die allgemeine praktische Teilnahme der Aerzte kaum rechnen könnte. Erst ein entfernterer und darum umfassenderer Standpunkt begründet die Notwendigkeit eines aktiveren Interesses der Aerzteschaft. Der berufene Hüter der Gesundheit muß in der Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu einer Maßregel Stellung nehmen, gegen deren Wirksamkeit und Zulässigkeit die schwersten Einwände erhoben worden sind, während sie vielen noch heute als das wesentlichste hygienische Kampfmittel gegen die venerischen Seuchen erscheinen möchte.

Eine ausführliche Begründung dafür, daß die Allgemeinheit verpflichtet ist, gegen die Geschlechtskrankheiten alle zulässigen und Erfolg versprechenden Mittel mit vollem Nachdruck ins Feld zu führen, braucht an dieser Stelle nicht gegeben zu werden. Wenn unsere Zeit

ganz allgemein ein wohlorganisiertes Vorgehen gegen Volkskrankheiten und Seuchen anstrebt, hat sie den ansteckenden Geschlechtskrankheiten volle Beachtung zu schenken, die nach dem modernen Schlagwort an Bedeutung hinter der Tuberkulose und dem Alkoholismus nicht zurückstehen.

Unsere Arbeit, die in erster Linie für Aerzte bestimmt ist, verzichtet darauf, Dinge ausführlich zu behandeln, die jedem Arzte geläufig sind, und den Versuch zu machen, eine Schilderung der Geschlechtskrankheiten im Zusammenhange zu geben. Daß diese Leiden nach ihrer numerischen Verbreitung wie nach der Bedeutung, die der Einzelfall gewinnen kann, eine schwere Schädigung für die Volksgesundheit und eine gewaltige Beeinträchtigung des Volkswohlstandes darstellen, ist allgemein anerkannt; ein umfangreiches Zahlenmaterial bestätigt jene Ueberzeugung, ohne daß allerdings die Statistik bis jetzt imstande gewesen wäre, eine zuverlässige Schätzung zu liefern. Das liegt zum Teil schon an der unüberwindlichen Schwierigkeit exakter zahlenmäßiger Feststellungen bei Krankheiten, die der einzelne nach Möglichkeit zu verheimlichen sucht und bei deren bedeutungsvollsten und verhängnisvollsten Erscheinungen häufig genug der Zusammenhang mit der ursprünglichen Infektion verschleiert bleibt. Man behalte vor Augen, daß vertrauenswürdiges Zahlenmaterial fast ausschließlich in beschränkten Teilstatistiken niedergelegt ist und daß daraus aufgebaute umfassendere Einschätzungen nur zu leicht zu verschobenen Urteilen und willkürlichen Folgerungen führen. Aus diesem Grunde ist an dieser Stelle darauf verzichtet worden, Zahlenreihen anzuführen, die wohl ein grelles Streiflicht auf die Frequenz der venerischen Affektionen in einzelnen Berufs- und Bevölkerungsschichten werfen, aber keinen Maßstab für die Verbreitung jener Krankheiten in der Gesamtbevölkerung abgeben, wie überhaupt auch im folgenden die statistischen Beweismittel möglichst sparsam verwertet wurden.

Allein schon Minimalzahlen lassen als Antwort auf eine primitive Fragestellung, wie sie die umfassendste deutsche Statistik, die preußische Enquete vom 30. April 1900 lieferte, selbst bei vorsichtigster Verwertung erkennen, welche Gefahren die Geschlechtskrankheiten für unsere Kulturnationen in sich bergen. Ihre Bekämpfung wird als ernste Verpflichtung nicht mehr bestritten.

Dabei macht sich die Ueberzeugung geltend, daß die Verbreitung wie die Bedeutung der venerischen Erkrankungen in Zukunft wohl zunehmen müsse, falls nicht ein genügendes Gegengewicht geschaffen werden kann.

Wohl können auch übertriebene Vorstellungen von dem Anwachsen der Gefahr entstehen, schon dadurch, daß die agitatorische Belehrung gerade der letzten Jahre in manchen Kreisen, die vordem von jenen Krankheiten wenig wußten, die falsche Annahme erweckte, als handele es sich um eine rapide Zunahme der venerischen Affektionen. Aber auch die ruhigste Ueberlegung kann eine Reihe von Momenten herausgreifen, die ein zwar langsames aber stetiges Anwachsen der Geschlechtskrankheiten begünstigen.

Die Tatsache ist zur Genüge statistisch erwiesen, daß die relative Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im allgemeinen mit der Größe der Städte zunimmt. Als Beispiel mag gerade das Ergebnis der preußischen Enquete vom Jahre 1900 dienen. Dieses besagt, daß sich unter je 10000 erwachsenen Männern ansteckende Geschlechtskranke fanden:

1*

in Berlin	141,94
„ 17 Städten mit mehr als 100000 Einwohnern	99,87
„ 42 „ „ 30000—100000 „	58,40
„ 47 „ „ weniger als 30000 „	45,05
„ den übrigen Städten und Landgemeinden	7,25
in der ganzen Monarchie	28,20

Wenn man allerdings die 107 von GUTTSTADT in der Bearbeitung jener Enquete verwerteten Städte nach ihrer Einwohnerzahl ordnet, so sind es nur drei (Frankfurt a. M., Danzig und Solingen), bei denen die Zahl der gemeldeten Geschlechtskranken der Ordnungsnummer der Einwohnermenge entspricht; in 56 Städten ist die relative Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten kleiner, in 48 Städten größer; und nach der geographischen Verteilung erscheinen Ostpreußen, Westpreußen, Posen, die angrenzenden Teile von Brandenburg, der Südosten Schlesiens, die Ost- und Nordseeküste, Schleswig-Holstein und die südlichen Teile der Rheinlande mehr heimgesucht als die Mitte Brandenburgs, Pommerns, die Provinz Sachsen, Hannover, die nördlichen Teile der Rheinprovinz und Westfalen.

Nicht die Größe der Städte allein, sondern mehr wohl ihr besonderer Charakter begünstigt die stärkere Verbreitung der Geschlechtskrankheiten; so werden Industrieorte, Hafenstädte, gewisse Garnisonen, Grenzorte, Universitäten, Fremdenstädte im allgemeinen stärker belastet. Im einzelnen finden sich wohl Ausnahmen, und es wäre wichtig, den lokal wirksamen Einflüssen nachzuspüren. So ist versucht worden, für die auffallend günstige Stellung, welche die Industriestädte der nördlichen Rheinlande in der preußischen Statistik einnehmen, die sittlichen Wirkungen der dort blühenden religiösen Jünglings- und Gesellenvereine mit verantwortlich zu machen (cf. STRÖHMBERG).

Betont sei schon an dieser Stelle, daß es nicht gelingt, eine Beeinflussung der Erkrankungshöhe der verschiedenen Städte je nach dem verschiedenen Modus der Ueberwachung der Prostituierten und speziell etwa nach der durchgeführten oder fehlenden Kasernierung festzustellen.

Wesentlich wird natürlich für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in einer Stadt der Umfang des prostitutionellen Sexualverkehrs bleiben. Nun liefert aber das rapide Anwachsen unserer Städte, die Entstehung großer Herde, in denen unverheiratete Männer zusammenströmen, die fortschreitende Ausbildung sozialer Zustände, die namentlich den numerisch an der Geschlechtskrankheit besonders interessierten Angehörigen der mittleren Klassen die Heirat immer mehr erschweren, vielleicht auch eine nicht durch soziale Nöte bedingte Abneigung vieler Männer gegen die Verheiratung steigende Voraussetzungen für eine Nachfrage nach der Prostitution, die durch die Ausbildung der Verkehrsmittel, die größere Beweglichkeit in Handel und Wandel und das Anwachsen des fluktuierenden Bevölkerungsanteils der großen Städte noch unterstützt wird und auch noch einen wachsenden Austausch der geschlechtlichen Infektionen nicht nur innerhalb eines Landes, sondern über die Grenzen hinaus vermittelt.

Der gesteigerten Nachfrage entspricht aber auch ein gesteigertes Angebot der Prostitution, ohne daß allerdings die Annahme berechtigt wäre, daß das Anwachsen der beiden Faktoren gegenseitig in einem bestimmten festen numerischen Verhältnis erhalten bleiben müßte.

Aber dieselben Momente unserer sozialen Entwickelung, auf die eben verwiesen wurde, haben eine gewaltige Menge gefährdeter weiblicher Elemente unter Lebensbedingungen gebracht, die sie leicht der Prostitution zuführen und das Angebot der Prostitution nicht allein durch die wachsende Nachfrage, ja vielleicht über diese hinaus vermehren. Und so birgt diese noch fortschreitende Entwickelung, durch welche im Laufe weniger Jahrzehnte die Umwandlung Deutschlands zu einem Industriestaate, wie der direkte Rückgang der ackerbautreibenden Bevölkerung auf Kosten eines Anwachsens der Städte erfolgte, in sich die unmittelbaren wie entfernteren Voraussetzungen für eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten.

Eine besondere Erörterung verlangt die Frage, ob wir auch mit einer Zunahme der außergeschlechtlichen Uebertragungen der venerischen Krankheiten, speziell der Syphilis, zu rechnen haben. An positiven Annahmen in dieser Richtung fehlt es nicht; indessen gestattet das zugängliche Zahlenmaterial höchstens die vorsichtige Behauptung, daß außergeschlechtliche Syphilisübertragungen auch bei uns — namentlich in großen Städten — in bemerkenswertem Umfange vorkommen. Der Zahl nach werden solche Syphilisübertragungen auf etwa 5—10 Proz. aller Fälle eingeschätzt.

Ich selbst habe in Heidelberg im Laufe von $5^1/_2$ Jahren im ganzen 52 Fälle extragenital entstandener Syphilis bei Erwachsenen gesehen, die der überwiegenden Zahl nach aus der Stadt und der näheren Umgebung stammten. Die Zahl erscheint mir erschreckend hoch, wenn man berücksichtigt, daß sie dem Milieu einer Mittelstadt entspricht, die mit den denkbar günstigsten hygienischen Voraussetzungen rechnen darf.

Die Prophylaxe der extragenitalen Syphilisübertragungen zeigt aber, daß eine Einschränkung der außergeschlechtlichen Syphilisübertragungen denkbar und möglich erscheint, selbst wenn man mit einer Zunahme der Syphilis an sich zu rechnen hätte. Eine relative Zunahme der extragenitalen Infektionen brauchen wir deshalb in unserem Kulturmedium wohl keineswegs zu befürchten. Um so mehr bleibt die absolute Höhe derartiger Fälle von „Syphilis insontium“ ein erschreckender Hinweis auf die Verbreitung der Krankheit im Volke; denn in letzter Linie sind jene außergeschlechtlichen Syphiliserkrankungen abhängig von Infektionen, die durch den Sexualverkehr bedingt waren.

Wie steht es aber mit der qualitativen Veränderung der Bedeutung der Geschlechtskrankheiten?

Wenn wir die Gonorrhöe jetzt als eine weit ernstere Krankheit betrachten als frühere Generationen, so liegt das vor allem an der Erweiterung unserer Kenntnisse, die zeigte, daß bekannte schwere Erkrankungsformen, die man vordem für nicht-gonorrhoisch hielt, nichts anderes sind als Aeußerungen und Folgeerscheinungen des Trippers. Ein Rückschluß, daß diese Krankheit früher milder verlaufen wäre, ist darum nicht gestattet. Wohl aber darf man behaupten, daß gerade im Zusammenhang mit der ernsteren Auffassung von der Natur des Trippers, die sich auch in Laienkreisen ausbreitet, zum mindesten gewisse indirekte Folgen der Gonorrhöe an Bedeutung gewonnen haben. So verlangt die Rückwirkung der Krankheit auf das Nervensystem, wie sie sich beim Manne als sexuelle Neurasthenie, psychische Impotenz u. s. w. äußert, steigende

Beachtung in einem Zeitalter, dessen wachsende Nervosität allgemein anerkannt ist.

Auch bei der Syphilis und mehr noch bei dieser ist die Einwirkung auf das Nervensystem in immer höherem Grade zu berücksichtigen. Zwar wird behauptet, die Syphilis sei im allgemeinen milder geworden, und der Vergleich mit der bösartigen Epidemie am Ende des 15. Jahrhunderts läßt sich in diesem Sinne verwerten. Aber die Annahme, daß gerade die allmähliche Durchseuchung der Bevölkerung zur fortschreitenden Abschwächung des Syphilisgiftes führe, ist nicht zur Genüge gestützt, und wenn man selbst zugeben möchte, daß die Krankheit durchschnittlich an Schwere verloren habe, so scheint kein Zweifel, daß die direkten und indirekten Einwirkungen der Krankheit gerade auf das Nervensystem in unserem Kulturmedium an Umfang und Bedeutung gewonnen haben. Die Syphilis des Nervensystems stellt einen erschreckend hohen und wachsenden Bruchteil unter den tertiären Aeußerungen der Krankheit dar. Speziell auch die „parasyphilitischen" Erkrankungsformen, Tabes dorsalis und progressive Paralyse, nehmen zu, und wenn für die Entstehung dieser Krankheiten komplexe Voraussetzungen herangezogen werden, so zeigen doch gerade sie, daß die Syphilis für das Einzelindividuum erhöhte Bedeutung gewinnt, weil eben das moderne Leben eine Summe von Schädigungen in sich birgt, die durch die hinzutretende Syphilis — und nur durch diese — zur Explosion gebracht werden.

Aber die Frage nach einer wachsenden Bedeutung der Geschlechtskrankheiten braucht gar nicht in den Vordergrund zu treten, wo die Höhe der vorhandenen Gefahr zu nachdrücklichem Einschreiten auffordert. An vielen Punkten kann und muß der Kampf einsetzen. Er wird, soweit die Prostitution als Hauptvermittlerin der geschlechtlichen Krankheitsübertragungen in Frage kommt, auf eine Einschränkung der Nachfrage nach der Prostitution wie ihres Angebots hinarbeiten, er möchte, wenn sich der Verkehr mit der Prostitution nicht unterdrücken läßt, zum wenigsten die Ausschaltung der Erkrankungen im irregulären Sexualverkehr anstreben. Aber es gilt weit allgemeiner, für die Heilung der Geschlechtskranken zu sorgen, Erkrankungen Unschuldiger zu verhüten, vor allem die Einschleppung der Geschlechtskrankheiten in die Ehe zu verhindern.

Eine Fülle wichtiger Einzelprobleme ist in diesem Zusammenhange zu erledigen, sie verlangen zur Durchführung eine Menge verschiedenartiger Mittel, das Zusammenwirken verschiedener Kräfte. Unter keinen Umständen darf die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als ein einseitig hygienisches Problem aufgefaßt werden; die speziellen Gesichtspunkte, von denen aus der Geistliche, der Moralist, der Jurist an die Betrachtung der Geschlechtskrankheiten herantreten, führen zu besonderen und vollberechtigten Forderungen; in letzter Linie aber wird die ganze Frage zu einer sozialpolitischen. Wir dürfen uns freuen, daß die Wege und Voraussetzungen der Weiterverbreitung bei den venerischen Krankheiten innerhalb des allgemeinen Schemas, das der Hygieniker für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten aufstellen mag, Besonderheiten in der Wahl der Mittel übrig lassen und daß mächtige Hilfskräfte ins Feld geführt werden können, die bei anderen Erkrankungen überhaupt nicht in Betracht kommen oder zurücktreten. Ja, es möchte manchem ebenso einfach wie folgerichtig erscheinen, die ganze Prophylaxe der venerischen Erkrankungen

nach der Richtung einer Hebung der sexuellen Moral auszubauen. So gewiß sich aber der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten keiner reineren und edleren Mittel bedienen kann als der moralischen Kräfte und so sehr er alle Bestrebungen, die auf eine Hebung der sexuellen Sittlichkeit hinauslaufen, zu fördern hat, wird sich doch die nüchterne Beurteilung nicht verhehlen dürfen, welche übermächtigen biologischen und sozialen Faktoren der Durchführung der erhofften Moralisierung entgegentreten und daß die Sittlichkeitsbestrebungen für sich allein in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nur bescheidene Erfolge erzielen können. Das ist aber um so mehr zu betonen, als sich auf diesem Gebiete die moralisierende Tendenz gegen andere Kampfmittel intolerant erweist, bis zu dem Grade, daß ein Gegensatz zwischen den Zielen der Hygiene und der Moral konstruiert wird. „Unsittlichkeit ist schlimmer als Syphilis“. Zum mindesten gehen die Ansichten über den Wert und die Zulässigkeit der Maßnahmen, die gegen die Geschlechtskrankheiten angewandt werden können, weit auseinander. Der Hygieniker braucht sich nicht auf einen unfruchtbaren Streit darüber einzulassen, ob ihm in jenem Kampfe die Führerschaft zukomme; er wird unter keinen Umständen Mittel wählen dürfen, die berechtigten moralischen Widerstand erwecken oder die ihrer Art nach so verfehlt sind, daß ihnen von vornherein jeder praktische Wert abgesprochen werden muß; aber er wird darum nicht auf die Formulierung der Forderungen verzichten, die ihm notwendig und durchführbar erscheinen.

Unsere nächste Aufgabe wird sein, in Kürze diese medizinische Aufgabe zu umgrenzen.

Die ärztlichen Aufgaben im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten.

In der Behandlung der Geschlechtskranken liegt die nächste und eigenste Betätigung der Aerzteschaft; es wäre vor allem wichtig, den Umfang dieser Aufgabe festzustellen.

Aber es war ja schon darauf zu verweisen, daß uns das vorhandene Zahlenmaterial keinen genügenden Ueberblick über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten ermöglicht. In Deutschland ist bisher ein einziges Mal eine umfassende Ermittelung versucht worden, und zwar in der Beschränkung auf die preußische Monarchie. Die Ergebnisse dieser Erhebung sind nach verschiedenen Richtungen hin zu berücksichtigen.

Durch Erlaß des preußischen Ministers der geistlichen Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 1. März 1900 wurde eine statistische Erhebung über diejenigen Personen angeordnet, welche sich am 30. April 1900 wegen venerischer Erkrankung im ganzen Staate in Behandlung approbierter Aerzte befanden. Die Ermittelung geschah mit Hilfe von Zählkarten, die durch Vermittelung der Aerztekammern den einzelnen Aerzten zugingen. Auszufüllen oder mit Vakatvermerk zu versehen waren Karten folgenden Inhaltes:

Am 30. April 1900
standen in meiner Behandlung*) wegen venerischer Erkrankung
und zwar:

wegen	männlich	weiblich
Gonorrhöe und Folgezustände	....	....
Ulcus molle	....	....
Syphilis { primär und sekundär	....	....
Syphilis { tertiär	....	....
zusammen	....	....
	....	

*) Die Zahlen-Angabe soll nicht nur die am Aufzeichnungstage behandelten, sondern alle seit dem 1. April 1900 (sei es in der Praxis, in Polikliniken oder in Krankenhäusern) behandelten und noch in Behandlung befindlichen Personen umfassan.

Bei gleichzeitiger Erkrankung an mehreren der genannten Krankheitsformen ist der Kranke nur unter einer der Klassen zu zählen.

........................, den 1. Mai 1900.
(Ort.)

....
(Name und Charakter.)

Auf Grund dieser Enquete wurde ermittelt, daß am 30. April 1902 in Preußen 40902 Personen und zwar:

30383 männliche = 74,28 Proz.
10519 weibliche = 25,72 „

wegen Geschlechtskrankheiten in Behandlung approbierter Aerzte standen.

Eine genaue Diskussion der Fehlerquellen dieser Ermittelung mag hier unterbleiben; zu betonen ist aber, daß die gefundenen Zahlen weit hinter der wirklichen Höhe der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Preußen zurückbleiben mußten. Zwar konnte durch die Art der Ermittelung die mehrfache Registrierung mancher Kranken nicht verhindert werden, aber dieses Moment kompensiert bei weitem nicht die Feststellung, daß überhaupt nur 63,5 Proz. der Aerzte die Anfrage beantwortet haben, selbst wenn man berücksichtigt, daß ein gewisser Bruchteil der Befragten, von denen keine Antwort einlief, als Assistenzärzte oder als Nichtpraktizierende nicht weiter in Betracht kamen.

Wie weit Folgezustände venerischer Infektionen wegen der Schwierigkeit der Abgrenzung — speziell bei den visceralen Formen der Spätsyphilis wie bei gewissen Manifestationen der weiblichen Gonorrhöe — nicht genügend mitgezählt wurden, mag unberücksichtigt bleiben.

Wesentlich ist, daß überhaupt nur ein Teil der Geschlechtskranken in Behandlung approbierter Aerzte steht. Ein sehr großer Bruchteil wendet sich an Kurpfuscher, Studenten der Medizin, Hebammen, Angehörige des niederen Heilpersonals, Barbiere u. s. w. oder behandelt sich selbst nach probaten Rezepten, und mit irgend welchen im Handverkauf erhältlichen Mitteln oder unterläßt endlich überhaupt jede Behandlung. „Jedenfalls sucht nur ein ganz geringer Prozentsatz der Geschlechtskranken einen approbierten Arzt auf; namentlich gilt dies von der Landbevölkerung" (GUTTSTADT).

Wenn also die preußische Enquete auf den ersten Blick ein beruhigend niedriges Resultat zu ergeben schien, so wird für die weitere

Verwertung eine wesentliche Korrektur nötig. Es bleibe allerdings dahingestellt, ob wir so weit gehen dürfen, wie BLASCHKO, der meint, daß in Preußen jährlich mindestens $^3/_4$ Millionen Menschen (d. h. je einer von 22 Erwachsenen) an einer venerischen Affektion erkranken.

BLASCHKO schlägt vor, man solle

1) die Zahl, die auf der Antwort von 63,5 Proz. der befragten Aerzte beruht, auf 100 Proz. ergänzen,

2) solle die so gefundene Zahl mit 12 multipliziert werden, weil ja das Ergebnis der Enquete höchstens die Erkrankungen eines Monats umfasse.

Daraus ergäbe sich eine jährliche Erkrankungsziffer von 773 000 Venerischen, die BLASCHKO noch für zu niedrig hält!

Am meisten ist zu betonen, daß jene Erkrankungen nicht zur Gesamtbevölkerung, sondern im wesentlichen nur zu einer bestimmten Altersklasse in Beziehung zu setzen ist. Die preußische Enquête selbst kann darüber keine Auskunft geben. Ich möchte aber nicht verfehlen, auf einige andere Statistiken hinzuweisen.

Von den in den allgemeinen Heilanstalten Preußens an venerischen Krankheiten im Jahre 1899 behandelten männlichen Patienten

standen im Alter von Jahren	Proz.	bei Gonorrhöe Proz.	bei Ulcus molle Proz.	bei Syphilis Proz.
15—20	15,8	19.7	17,5	9,2
20—25	36,9	40,1	41,0	29,5
25—30	22,5	22,3	23,1	22,4
30—40	15,5	12,7	14,0	20,4
40—50	5,2	3,5	3,3	8,8
50—60	1,7	0,9	0,8	3,6
mehr	0,7	0,4	0,3	1,4

Venerische Krankheiten unter der Breslauer männlichen Bevölkerung (nach NEISSER).

											Familienstand		
											ledig	verheiratet	Familienstand unbekannt
Lebensalter			15—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	50—60	Proz.	Proz.	Proz.
Breslauer Klinik 1877—1896	Syphilis	Proz.	17,09	38,88	22,98	9,90	5,38	3,06	1,30	1,41	79,23	8,32	12,45
	Gonorrhöe	„	23,65	41,76	22,12	6,79	2,99	1,43	0,66	0,60	85,18	5,47	9,35
	Ulcus molle	„	20,94	40,31	23,03	7,85	4,52	2,12	0,65	0,78	85,75	5,37	8,88
	venerische Krankheiten überhaupt	„	20,62	40,38	22,61	8,19	4,16	2,18	0,91	0,95			
Breslauer Poliklinik 1886—1895	Syphilis	Proz.	17,01	40,06	23,80	10,60	4,13	2,26	1,07	1,07			
	Gonorrhöe	„	17,75	42,29	22,82	8,36	4,50	2,14	0,93	1,21			
	Ulcus molle	„	16,95	40,03	24,22	9,69	4,70	2,27	0,86	1,28			
	venerische Krankheiten überhaupt	„	17,44	41,35	23,29	9,19	4,41	2,17	0,97	1,18			
Statistik der Breslauer Aerzte pro 1896	Syphilis	Proz.	12,37	34,95	26,87	12,70	7,59	2,64	1,07	1,81	74.61	21,19	4,20
	Gonorrhöe	„	15,85	38,05	24,25	11,35	4,95	2,50	1,95	1,10	79,30	16,35	4,35
	Ulcus molle	„	12,22	35,83	24,45	14,72	7,50	3,05	1,39	0,84	79,45	15,00	5,55
	venerische Krankheiten überhaupt	„	14,31	36,78	25,11	12,15	6,11	2,61	1,60	1,33			

Unter 1000 Männern mit Syphilis, die im Kopenhagener Kommunehospital behandelt wurden, erkrankten

im Alter von 15—20 Jahren	159	
„ „ „ 21—25 „	391	
„ „ „ 26—30 „	237	(Hansen und Heiberg).
	787	

Fournier stellt 10000 Fälle männlicher Syphilis aus seiner Privatpraxis zusammen. Infiziert hatten sich

im Alter von 15—20 Jahren	1409
„ „ „ 21—25 „	3899
„ „ „ 26—30 „	2429
	7737

Die maximale Gefährdung der Altersklasse von 21—25 Jahren, die aus allen diesen Zahlenangaben erhellt, bedarf keiner besonderen Erklärung. Wohl aber muß nachdrücklich hervorgehoben werden, in welch erschreckendem Maße schon die Minorennen an den geschlechtlichen Infektionen beteiligt sind; die Zahlen liefern einen beredten Hinweis dafür, in welch frühem Alter die männliche Jugend mit der Prostitution in Berührung tritt. Die Abnahme der Erkrankung in den höheren Altersklassen erklärt sich vor allem dadurch, daß ein erheblicher Teil der Männer durch die Verheiratung der Gefahr entzogen wird. Wir sehen speziell aus den Breslauer Statistiken, daß die Erkrankungen an Gonorrhöe und Ulcus molle mit dem höheren Alter in vergleichbarem Grade sinken wie die Luesinfektionen, bei denen ja die Möglichkeit der Immunisierung durch Erkrankung auf einer früheren Altersstufe in Betracht gezogen werden könnte, und man muss aus den Zahlen für die beiden ersten Krankheiten deduzieren, daß die Abnahme der Erkrankungen im höheren Alter nicht einfach darauf beruht, daß die meisten sich schon früher infiziert haben und sich deshalb nicht nochmals anstecken könnten. Es darf angenommen werden, daß auch die unverheirateten Männer der höheren Altersstufen allmählich die gefährlichen Schichten der Prostitution eher vermeiden.

Es ist nicht unwichtig, diese Dinge zu berücksichtigen, wenn man fragt, welchen Männern eine Assanierung der Prostitution zu gute kommen sollte. Es handelt sich zwar nicht gleichmäßig um die Angehörigen der verschiedenen sozialen Schichten; in den Kreisen, in denen im allgemeinen der Mann später zur Verheiratung gelangt, bleibt die Gefährdung größer; aber vor allem erscheinen die jungen Männer aller sozialen Stufen gefährdet, da sie unvorsichtig und wenig wählerisch in Beziehung zu der Prostitution treten. Wenn nach der vielverwerteten Zusammenstellung Blaschkos über die Erkrankungshöhe in verschiedenen Berufen die Arbeiterschaft noch verhältnismäßig sehr günstig dasteht, so herrscht doch vielerorts der Eindruck, daß auch die Arbeiter in steigendem Maße die gewerbsmäßige Prostitution benutzen und damit sich der Gefahr sexueller Erkrankungen in einem größeren Umfange aussetzen.

Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten verlangt umfassende ärztliche Hilfe. Erstes Erfordernis hierfür ist die genügende Ausbildung der Mediziner in diesem Spezialzweig ihrer Wissenschaft. Handelt es sich doch keineswegs um die Domäne einer beschränkten Anzahl von Spezialärzten, die überhaupt nur in Städten gewisser Größe ihren Wirkungskreis finden, und die auch dort von einem Teil

der Patienten gemieden werden, weil der Kranke fürchtet, durch die Inanspruchnahme eines solchen Arztes den Charakter seines Leidens, den er strenge verheimlichen möchte, zu verraten. In der Ueberzahl der Fälle sucht der Geschlechtskranke den allgemeinen Praktiker schon wegen örtlicher Bedingungen auf, oder er ist durch die Kassenorganisation u. s. w. auf ihn angewiesen; in einem nicht geringen Bruchteil der Fälle endlich äußern sich jene Krankheiten oder ihre Folgen durch Erscheinungen, welche die Hilfe des Internisten, Chirurgen, Augenarztes, Frauenarztes, Kinderarztes, des Nervenspezialisten oder Psychiaters als geboten erscheinen lassen.

Von Interesse ist in diesem Zusammenhange das folgende Detail der preußischen Enquête vom Jahre 1900:

Es gaben von den angefragten Aerzten

	positive Antwort Proz.	negative Antwort Proz.	keine Antwort Proz.
in Berlin	39	13	48
„ 17 Großstädten	38	18	44
„ 42 Städten mit 30 000 bis 100 000 Einwohnern	59	3	38
„ 47 Städten mit weniger als 30 000 Einwohnern	39	18	43
„ den übrigen Städten und Landgemeinden	33	38	29

Wollte man nur die positiven Antworten dieser Tabelle berücksichtigen, so ergeben schon diese ein Resultat, das den Laien überraschen muß. Selbst in den kleinen Städten und auf dem Lande, also in einer Umgebung, die am wenigsten von den Geschlechtskrankheiten heimgesucht ist, hat ständig mehr als ein Drittel der Aerzte mit der Behandlung venerischer Affektionen zu tun; und aus den Städten mit 30—100 000 Einwohnern, in denen bereits ein Bruchteil der Venerischen sich in spezialärztliche Behandlung konzentriert, andererseits aber ein Teil der Aerzte auf Grund ihrer anderweitigen spezialistischen Tätigkeit sich mit Geschlechtskrankheiten kaum befaßt, erhalten wir die bestimmte Antwort, daß noch mindestens $^3/_5$ der Aerzte an der Behandlung von Geschlechtskranken beteiligt sind.

Demgegenüber sei nur in aller Kürze darauf hingewiesen, daß bislang noch auf einzelnen deutschen Universitäten die ausreichende Gelegenheit zur Ausbildung in der Dermatologie und Venerologie fehlte, und daß weder die Bestimmungen des Studienganges noch der Examenordnung hinreichende Gewähr dafür bieten, daß die jungen Aerzte das notwendige Maß von Kenntnissen auf jenen Gebieten mit in die Praxis hinausnehmen. Die Einrichtung von entsprechenden Fortbildungskursen für praktische Aerzte kann als ein Fortschritt, aber nicht als ein vollwertiger Ersatz betrachtet werden. Erst die letzte Aenderung der medizinischen Prüfungsordnung vom Jahre 1901 verlangt, daß die Kandidaten ein Halbjahr lang als Praktikanten die Klinik für Haut- und syphilitische Krankheiten besuchen. Eine Prüfung im Staatsexamen soll im Anschluß an die medizinische oder chirurgische Station stattfinden. In ausländischen Staaten ist Dermatologie und Venerologie schon lange selbständiges Prüfungsfach. Unter keinen Umständen wäre dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten mit

der vollkommenen Ausbildung einer notwendigerweise beschränkt bleibenden Anzahl von Spezialärzten gedient.

In dem Maße gar, in dem nun etwa behördlicherseits die Aerzteschaft in ihrer Allgemeinheit für die Ueberwachung der Geschlechtskranken herangezogen werden sollten — ein Punkt, der uns noch zu beschäftigen hat — müßten selbstverständlich erhöhte Garantien für die bessere Ausbildung geschaffen werden. Sie erscheint aber auch schon als Rückhalt jedes erfolgsuchenden Vorgehens gegen das Kurpfuschertum auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten erforderlich.

Andererseits bleibt aber die Frage zu erwägen, wie weit etwa von Aerzten, die sich ganz besonders mit der Behandlung der Geschlechtskrankheiten und mit der Ueberwachung Venerischer, speziell also auch der Prostitution befassen wollen, ein spezieller Studiengang verlangt werden müßte. Eine allgemeine Ordnung der Spezialarztfrage wird auch diesen besonderen Punkt zu erledigen haben. NEISSER vertritt mit Nachdruck den Standpunkt, es solle ein spezialärztliches Diplom für solche Aerzte geschaffen werden, die den Nachweis einer mindestens 2-jährigen Sonderausbildung liefern könnten.

Die Wünsche nach einer besseren Ausbildung unserer Aerzte werden wesentlich ergänzt durch das Verlangen nach einem vollkommeneren Ausbau der Behandlungsmöglichkeiten. Es handelt sich um die Fürsorge für die sozial schlecht gestellten Klassen, deren Behandlung mit staatlicher oder kommunaler Hilfe durchgeführt werden muß. Wir können uns zwar rühmen, daß im Prinzip diese Aufgabe dank unserer Krankenkassen-Organisationen in Deutschland in wesentlichem Umfange erfüllt ist; aber noch nachträglich muß auf die schwere Einschränkung hingewiesen werden, die das Krankenkassengesetz in seiner ursprünglichen Fassung gerade der Behandlung Geschlechtskranker entgegensetzte, indem es die Kassen ermächtigte, solchen Mitgliedern, die sich ihre Krankheit durch geschlechtliche Ausschweifung zugezogen hätten, die Unterstützung ganz oder teilweise zu entziehen.

§ 6a resp. 26a des Krankenkassengesetzes gab den Kassen das Recht, zu beschließen, „daß den Versicherten, welche sich eine Krankheit vorsätzlich oder . . . durch geschlechtliche Ausschweifung zugezogen haben, für diese Krankheit das statutenmäßige Krankengeld gar nicht oder nur teilweise zu gewähren ist“.

Als geschlechtliche Ausschweifung wurde aber jeglicher außereheliche Geschlechtsverkehr aufgefaßt.

Erst die Gesetznovelle, die mit dem 1. Januar 1904 in Kraft getreten ist, hat diesen Ausnahmezustand beseitigt. Somit unterstehen nunmehr gerade diejenigen Angehörigen der arbeitenden Klassen, die vor allem einer öffentlichen Fürsorge bedürftig sind, ohne Einschränkung der Wohltat der Krankenversicherung. (Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 nach der Fassung vom 10. April 1892 [R.G.Bl. 1883, S. 73; 1892, S. 379] und den Beschlüssen des Reichstages vom April 1903 und des Bundesrates vom 25. Mai 1903 — siehe JAFFÉ, Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung, Bd. 2 dieses Handbuches, Kapitel II.)

Kassenbestimmungen, welche Beschränkungen zu Ungunsten der Geschlechtskranken erlauben, existieren noch im ungarischen Gesetz vom 9. April 1898 § 9:

In den Statuten kann ausgesprochen werden, daß derjenige auf Krankengeld keinen Anspruch hat, der seine Krankheit durch eine absichtliche Handlung . . . . oder durch ausschweifende Lebensweise verursacht hat.

Das schweizerische „Bundesgesetz betreffend die Kranken- und Unfallversicherung mit Einschluß der Militärversicherung vom 5. Oktober 1899“ bestimmt

in Art. 69: „Hat der Versicherte die Krankheit durch grobe Fahrlässigkeit verschuldet und war er dabei zurechnungsfähig, so kann das Krankengeld bis auf die Hälfte gekürzt werden".

Das österreichische Gesetz vom Jahre 1888/89 legt den Geschlechtskranken keine beschränkenden Bestimmungen auf (vide Amtl. Nachrichten des k. k. Min. des Innern betreffend Unfallversicherung und die Krankenversicherung der Arbeiter, 1890, II, No. 10).

In Dänemark bestimmt die „Lov om anerkendte Sygekasser" vom 12. April 1892 in § 20: „In den Statuten einer anerkannten Krankenkasse kann bestimmt werden, daß Krankengeld für venerische Krankheiten nicht gewährt wird".

In den übrigen europäischen Ländern besteht keine obligatorische Krankenversicherung. Blaschko verweist darauf, daß viele der freiwilligen Kassen dieser Länder den Geschlechtskranken ihre Hilfe ganz oder teilweise versagen.

Die Gründe gegen derartige Beschränkungen liegen klar zu Tage. Der Mangel der richtigen Behandlung verschuldet bei dem Kranken eine verzögerte oder ungenügende Heilung, Komplikationen, die vermieden werden können, stellen sich ein; die Uebertragbarkeit der Krankheit wird nicht ausgeschaltet; das Prinzip der Prophylaxe der venerischen Krankheiten durch die Behandlung der Erkrankten ist durchbrochen, und der engherzige Ausschluß der Patienten von der Behandlungswohltat wird oft nicht nur den Kranken, sondern seiner Familie und weiteren Kreisen verhängnisvoll.

In seinem ausgezeichneten Referate für den II. Brüsseler Kongreß verweist Blaschko auf eine Reihe von ausstehenden Verbesserungsmöglichkeiten unseres Kassengesetzes, die gerade den Geschlechtskranken gegenüber von Nutzen wäre.

So verlangt er die Beseitigung jener Bestimmungen, welche die Dauer der Kassenleistungen auf eine bestimmte Zeit beschränken und somit speziell der genügenden Behandlung der Syphilisrezidive hinderlich werden können[1]), sowie die Einführung einer Bestimmung, wonach Patienten, die nach dem Gutachten des Kassenarztes der Krankenhauspflege bedürftig sind, diese von der Kasse gewährt werden muß, wenn die örtlichen Verhältnisse es zulassen (cf. die §§ 6a, 7, 26a des Gesetzes).

Der öffentlichen Fürsorge bedürftig erscheinen nun aber weiterhin alle jene mittellosen Geschlechtskranken, die keiner Kasse angehören, auf der anderen Seite aber auch eine große Anzahl von Personen, die der Versicherungspflicht nicht unterstehen (kleine Beamte, kleine Handwerker und Handelsleute, minder gut gestellte Angehörige der freien Berufe), für welche die Bezahlung der Behandlungskosten zur drückenden oder unerschwinglichen Last würde. Was die letztere Gruppe betrifft, so wäre da, wo eine Zwangsversicherung nicht möglich ist, auf die freiwillige Krankenversicherung zu verweisen und diese womöglich durch Staatszuschüsse zu begünstigen. Für die notorisch Unbemittelten andererseits muß von Armenrechts wegen gesorgt werden. Allein die Inanspruchnahme einer derartigen Unterstützung hat für den Kranken Beschränkungen der politischen Rechte zur Folge; und wo bei der Krankenhausbehandlung für den zahlungsunfähigen Patienten die Heimatgemeinde einzutreten hat, können sich gerade bei den Ge-

1) § 6a Abs. 3. Die Gemeinden sind ermächtigt, zu beschließen, daß Versicherten, welche von der Gemeinde die Krankenunterstützung ununterbrochen oder im Laufe eines Zeitraumes von 12 Monaten für 26 Wochen bezogen haben, bei Eintritt eines neuen Unterstützungsfalles, sofern dieser durch die gleiche, bisher gehobene Krankheitsursache veranlaßt ist, im Laufe der nächsten 12 Monate Krankenunterstützung nur für die Gesamtdauer von 13 Wochen zu gewähren ist.



schlechtskranken, wenn die Natur ihrer Krankheit zu Hause bekannt wird, Weiterungen ergeben, die wir speziell bei der Frage der Behandlung der Prostituierten als bedenklich werden hervortreten müssen, die aber außerhalb dieses Spezialfalles erst recht ins Gewicht fallen können. Kurzum, es existieren Momente, die gerade den Geschlechtskranken davor zurückschrecken werden, die öffentliche Hilfe anzurufen, und die somit einen ganzen Teil dieser Patienten veranlassen, ihre Krankheit nicht oder nur ungenügend zu behandeln.

Man kann deshalb wohl überlegen, ob nicht gerade den Geschlechtskranken gegenüber der Grundsatz zu Recht kommen solle, daß der Patient, der die öffentliche Fürsorge anruft, des ärztlichen Rates und der Behandlungsmittel teilhaftig werde, ohne daß die Frage seiner Bedürftigkeit weiter erörtert würde, selbst wenn mancher Zahlungsfähige eine solche Einrichtung mißbrauchen sollte. Die Gemeinde, in der der Patient Hilfe sucht, hätte die Kosten zu tragen, ohne weiteren Regreß zu suchen, oder der Staat als solcher hätte einzutreten.

Ich gehe auf eine Diskussion dieses Gedankens, der uns wiederum bei dem Spezialfall der Prostituierten genauer beschäftigen wird, hier nicht genauer ein. Nur sei bemerkt, daß tatsächlich eine unentgeltliche Behandlung speziell der Geschlechtskranken aus öffentlichen Mitteln in den skandinavischen Ländern, in Ungarn, Rumänien, wie in einzelnen russischen Gouvernements mit endemischer Syphilis stattfindet. Die Maßregel wurde in diesen Ländern allerdings unter dem Drucke einer ganz besonderen Belastung der Volksgesundheit durch die Geschlechtskrankheiten eingeführt.

In welcher Form nun soll die ärztliche Hilfe gewährt werden? Vor allem ist auf möglichst ausgiebige ambulatorische Behandlung der Geschlechtskranken hinzuarbeiten. Der Erwerbsfähige soll nicht unnötigerweise aus seiner Tätigkeit herausgerissen werden, die Trennung von der Familie ist nicht überflüssigerweise zu verlangen. Je mißlicher für den Kranken die Nebenumstände der Hospitalisierung bleiben, selbst wenn sie nur in der Gefahr beständen, daß die Art seiner Krankheit bekannt werden könnte, um so mehr wird man auf die dem Patienten angenehmere und zugleich wesentlich billigere ambulante Behandlung rekurrieren müssen. Gerade der Kostenpunkt ist in seiner Bedeutung nicht zu unterschätzen, wenn ihm auch nicht die dominierende Rolle eingeräumt werden soll.

Die Ueberzahl der Syphilitischen fühlt sich durch die frische Krankheit in ihrer Arbeitsfähigkei nicht oder wenigstens nicht wesentlich beeinträchtigt, die spezifische Behandlung läßt sich bei ihnen ambulatorisch erfolgreich durchführen, und ebenso ist für die Heilung eines sehr großen Teils der Gonorrhoiker die Spitalbehandlung kein wesentliches Erfordernis.

Somit könnte die Forderung einer allgemeinen Hospitalisierung allen Geschlechtskranken nicht aus der Rücksicht für die Gesundheit des Patienten heraus, sondern nur, wie es tatsächlich auch schon geschehen ist, unter dem Gesichtspunkt der Verhütung einer Weiterverbreitung der Krankheiten erhoben werden. Daß auch von diesem prophylaktischen Standpunkt aus die allgemeine Verweisung der Geschlechtskranken an die Spitäler überflüssig und ungerecht wäre, wird sich alsbald ergeben. Für die praktische Anwendung aber male man sich nur die schädigenden Konsequenzen aus, die der Versuch einer

generellen Zwangshospitalisierung der Geschlechtskranken nach sich ziehen würde.

Je mehr mißliche Nebenumstände die Wohltat der Behandlung einschränken, um so weniger wird der Geschlechtskranke jene Behandlung suchen, sondern im Gegenteil sich ihr nach Möglichkeit entziehen.

Das Streben nach einer erleichterten Behandlung verlangt also vor allem eine Vermehrung und Verbesserung der vorhandenen ambulatorischen Behandlungsmöglichkeiten. Die Durchführung der Kuren im Rahmen einer privaten ärztlichen Sprechstunde wird nur in einem Bruchteil der Kassenpraxis möglich sein. In den großen Städten tritt die Konzentration der Kranken in Ambulatorien immer mehr in den Vordergrund. Da der Patient durch die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen keinen wesentlichen Zeitverlust erleiden soll, ergeben sich besondere Forderungen für die Zahl, Lage und Sprechzeit jener Institute, die je nach lokalen Voraussetzungen verschieden ausfallen. Warteräume für Männer und Frauen sollen grundsätzlich getrennt bleiben. Jeder Kranke soll einzeln für sich vorgenommen werden.

Nach manchen Richtungen würde es für Geschlechtskranke, die begreiflicherweise das Geheimnis ihrer Affektion wahren möchten, einen Schutz bedeuten, wenn sich ihre Behandlung in allgemeinen Polikliniken durchführen ließe. Aber schon die Art des therapeutischen Betriebes verlangt bei größerem Umfange eine Konzentration in besonderen Lokalen oder wenigstens zu besonderen Sprechzeiten. Daß solche Ambulanzen mit allen modernen Einrichtungen reichlich ausgestattet sein müßten, braucht nicht weiter ausgeführt zu werden.

Solche Institutionen nun sind nicht etwa nur den Kassenpatienten, sondern ganz allgemein auch zahlungsunfähigen, keiner Kasse angehörenden Kranken zugänglich zu machen. Wo die Kostenfrage Bedenken erwecken könnte, wäre es Sache der Kommunen, hilfreich einzuspringen. Bedürftige müßten vor allem die notwendigen Medikamente ohne Weiterungen kostenlos erhalten.

In letzter Linie ist bereits daran gedacht worden, daß solche Ambulatorien eine hygienische Kontrolle und Ueberwachungsinstanz für Geschlechtskranke, speziell für nicht-reglementierte Prostituierte werden könnten. Auch zu diesem Punkte werden wir uns noch zu äußern haben. Hier sei nur hervorgehoben, daß im allgemeinen andere Frauen sich dagegen sträuben werden, sich zusammen mit notorischen Prostituierten behandeln zu lassen.

Erwähnenswert ist Blaschkos Vorschlag der Errichtung von spezialistischen Kassenambulatorien, die in enger Verbindung mit den Krankenhäusern stehen und den innigeren Konnex mit der etwaigen Krankenhausbehandlung und der fortlaufenden Beobachtung gestatteten. Damit aber den praktischen Aerzten durch solche Einrichtungen keine Konkurrenz entstände, solle jeder ortsansässige Arzt, der an der Behandlung von Kassenpatienten sich beteiligen möchte, hier tätig sein dürfen und für seine Leistungen nach Maßgabe seiner Tätigkeit honoriert werden.

Die Spitalbehandlung läßt sich durch eine zweckmäßige Ausgestaltung der poliklinischen Tätigkeit in großem Umfange ersetzen; aber sie wird nicht überflüssig. Wir werden Bedingungen zu spezialisieren haben, unter denen die Rücksicht auf die Allgemeinheit die Hospitalisierung erheischt, und es gibt genug Voraussetzungen, die

gegebenenfalls die Hospitalisierung eines Geschlechtskranken in dessen eigenstem Interesse verlangen. Wo die häuslichen Bedingungen die Durchführung der Kur erschweren oder unmöglich machen, wo drohende oder vorhandene Komplikationen die fortlaufende genaue Beobachtung fordern, wird auf die Hospitalisierung zu dringen sein. Vielfach ist bei Syphilitischen wenigstens für die erste Quecksilberbehandlung die Krankenhausbehandlung angezeigt, das Ulcus molle und die frische Gonorrhöe sind im Krankenhaus wesentlich leichter und sicherer zu behandeln als draußen.

Nur können sich der Hospitalisierung verschiedenartige Schwierigkeiten in den Weg stellen. Manche Krankenhäuser verweigern den Venerischen die Aufnahme. Ueber Bettenmangel ist vielfach, speziell in den großen Städten, geklagt worden. Aber auch wo dieser nicht besteht, können beschränkende Nebenumstände den Geschlechtskranken vor dem Eintritt ins Krankenhaus abschrecken: so gewisse Freiheitsbeschränkungen innerhalb des Spitals, schlechtere Kost und Kleidung, schlechtere Räumlichkeiten, als sie den anderen Patienten geboten werden. Auch hindert das Verräterische des Aufenthalts auf einer Spezialabteilung manche Kranke am Eintritt. Frauen leiden nicht zum wenigsten unter der Befürchtung, daß sie mit notorischen Prostituierten zusammengelegt werden könnten. Ein Anschreiben der Diagnose an die Tafel des Krankenbettes erscheint vielen Patienten als Demütigung und ist gewiß vermeidbar. Es sei angeführt, daß in einzelnen Ländern, speziell in Italien, die Rücksicht den Geschlechtskranken und auch den Prostituierten gegenüber so weit geht, daß man sie nur unter einem fingierten Namen im Krankenhause figurieren läßt. Jedenfalls haben manche der Patienten ein berechtigtes Interesse daran, daß ihre Personalien den Mitpatienten gegenüber geheim gehalten werden. Je mehr der Eintritt der Geschlechtskranken in die Spitäler von ihrer freien Entschließung abhängt und je größeres Interesse daran besteht, daß gerade geschlechtlich gefährliche Elemente, auf die ein direkter Zwang nicht ausgeübt werden kann, von der Hospitalbehandlung Gebrauch machen, um so größere Erleichterungen müssen für diese geschaffen werden.

Daß die Regelung der Kostenfrage den unbemittelten Kranken nicht seiner Heimatgemeinde gegenüber bloßstellen dürfte, ist schon ausgeführt worden.

Es ergeben sich so Einzelheiten in Fülle, die eine Menge von Verbesserungen notwendig machen, zugleich aber auch die Erwägung anschneiden lassen, wie weit es nicht etwa in den Spitälern möglich wäre, Geschlechtskranke unter die übrigen Patienten zu verteilen. Es zeigt sich aber auch ohne weiteres, daß die Krankenhausbehandlung notorischer Prostituierter unter besonderen Gesichtspunkten zu betrachten sein wird. Je mehr man darauf rechnen möchte, daß auch Prostituierte sich außerhalb jeder Reglementierung freiwillig zur Krankenhausbehandlung einfänden, um so mehr sind die Nachteile im Auge zu behalten, die etwa aus dem Zusammenliegen solcher Elemente mit anderen Frauen resultieren müßten. Für viele Frauen bedingte diese gemeinsame Behandlung eine Abschreckung vor dem Krankenhause, für manche jugendliche Personen („Kandidatinnen der Prostitution") eine eminente moralische Gefährdung. Die große Zurückhaltung und das Bestreben, der Umgebung Einblicke in ihre Lebensführung zu verschließen, dessen sich Prostituierte fast ausnahmslos

befleißigen, wenn sie einzeln auf einer Krankenhausabteilung unter anderen Frauen untergebracht sind, hört auf, sobald sich eine größere Zahl solcher Personen zusammenfindet, und begreiflicherweise werden unter den weiblichen Geschlechtskranken der Spitäler solche, die mit der Prostitution in Berührung kamen, in der Ueberzahl bleiben.

Eine Erweiterung der Behandlungsinstanzen von Geschlechtskranken in Form von Tagessanatorien (BECHER), von Rekonvaleszentenanstalten (STERN), wie sie vor allem mit Hilfe der Kassenorganisationen durchzuführen wären, erscheint mir für die überwiegende Zahl der Fälle kein dringendes Bedürfnis. Immerhin wären jene Tagessanatorien ein Aushilfsmittel da, wo die Krankenhäuser nicht ausreichten, die hospitalsbedürftigen Geschlechtskranken aufzunehmen. Zur Empfehlung der Rekonvaleszentenhäuser wird besonders angeführt, daß sie nicht nur der Nachbehandlung und Heilung der Geschlechtskranken zu gute kämen, sondern gleichzeitig auch die Gefahr einer Weiterverbreitung der venerischen Affektionen einschränkten. Aber will man die gewiß wünschenswerte Nachbehandlung von Geschlechtskranken, die durch ihre Leiden in ihrem allgemeinen Kräftezustand Not gelitten haben, in Kuranstalten durchführen, so bedeutet es einen Schutz für den Patienten, wenn man solchen Anstalten nicht den Spezialcharakter einer Einrichtung für Geschlechtskranke gibt. Denn so gewiß darauf hinzuarbeiten ist, daß der Venerische nicht wegen seines Leidens an sich übel beurteilt werde, und daß man sich gewöhnen möge, jene Krankheiten anderen gleich zu achten, so dürfen doch die Voraussetzungen nicht ignoriert werden, unter denen die Krankheit erworben wurde, und gerade um dieser Voraussetzungen willen hat die Ueberzahl der Venerischen alles Interesse daran, daß die Natur ihres Leidens nicht zu sehr an die Oeffentlichkeit dringe, um so mehr wenn sie selbst sich in Hinblick auf ihre Krankheit von einer Verschuldung nicht frei sprechen können.

Man hat gesagt, daß die Tendenz dahin gehe, für die Geschlechtskranken Privilegien und Vergünstigungen zu verlangen, die andere Kranke nicht genießen und die für die Allgemeinheit gar nicht durchführbar wären. Warum soll gerade der Venerische besser gestellt werden? Faktisch soll von einer unverdienten Bevorzugung der Geschlechtskranken gewiß nicht die Rede sein; dagegen verdient gewiß ein Vorgehen Unterstützung, das die Venerischen mit allen loyalen Mitteln zur Behandlung heranlockt. Ohne derartige Konzessionen wird eben der Kampf gegen die venerischen Seuchen erschwert, und zum mindesten sind bewußte wie unbewußte Versuche zu bekämpfen, die den Venerischen wegen der Art seiner Krankheit gegen andere Patienten zurücksetzen möchten.

Als notwendige Ergänzung aller Maßnahmen, die eine sachgemäße Behandlung der Geschlechtskranken ermöglichen und erleichtern wollen, ist ein nachdrückliches Vorgehen gegen das Kurpfuschertum zu verlangen. Solange der Lockung der Kurpfuscher kein wirksamer gesetzlicher Riegel vorgeschoben wird und solange gerade in Fragen der Behandlung Geschlechtskranker eine laienhafte und gewissenlose Aufhetzung gegen die „vergiftende Schulmedizin“ sich breit macht, muß eine große Anzahl von Kranken, die Befreiung von ihren venerischen Leiden suchen, aber nicht über die notwendige Kritik verfügen, um jene gefährlichen Lockungen zu durchschauen, in falsche Hände geraten. Jede Maßregel vollends nun, die den Arzt seinem Patienten

gegenüber als Organ einer zwangsmäßigen Ueberwachung der Geschlechtskranken erscheinen lassen könnte, würde eine noch viel größere Menge solcher Kranker der Kurpfuscherei zuführen.

Wir verlangen kein Spezialverbot der Behandlung Venerischer durch Nicht-Befugte, das schon deshalb ungenügend wäre, weil beispielsweise gerade bei den vielfachen extragenital lokalisierten Erscheinungsformen der Syphilis dem Pfuscher die Möglichkeit, die „Geschlechtskrankheit" als solche nicht anzuerkennen, eventuell vor Gericht eine Hintertür offen ließe, sondern wir betonen die Notwendigkeit eines generellen Einschreitens gegen die Kurpfuscherei.

Ein Verbot der Behandlung Geschlechtskranker durch Unbefugte ist übrigens schon im § 72 des preußischen Regulativs vom 5. August 1835 ausgesprochen.

So wie das Kurpfuscherunwesen sich entwickelt hat, liegen heutzutage die Verhältnisse derart, daß in gewissem Sinne von einer Bevorzugung der Kurpfuscher gesprochen werden kann.

„Wenn auch der preußische Justizminister durch seinen Erlaß vom 21. Dezember 1901 an die Oberstaatsanwälte diese zu einer nachdrücklichen Verfolgung der gegen Kurpfuscher eingehenden Strafanträge aus § 4 des Reichsgesetzes zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs hingewiesen hat, wenn auch der preußische Minister der Medizinalangelegenheiten in seinem Erlaß vom 28. Juni 1902 betreffend die Bekämpfung der Kurpfuscherei die Regierungspräsidenten zum Erlaß von Polizeiverordnungen gegen die Kurpfuscher ersucht hat und solche Verordnungen auch in der verschiedenfachster Gestaltung bereits ergangen sind, so sind doch alle diese Maßregeln für unzureichend zu erachten, weil sie das Uebel nicht an der Wurzel fassen, sondern ihm sogar die gesetzliche Existenzberechtigung unter gewissen Voraussetzungen zusprechen" (Kade).

Die Vorschläge, wie man im einzelnen den Schäden der Kurpfuscherei entgegentreten könne, sind hier nicht genauer zu diskutieren. Bei allen diesen Dingen handelt es sich, wie ja hervorgehoben wurde, nicht ausschließlich um die Rücksicht auf die Geschlechtskranken, obwohl gerade diese einen wesentlichen Bruchteil der Klientel der Pfuscher ausmachen. Solange nicht die Möglichkeit besteht, den Gewerbebetrieb der Kurpfuscher zu unterdrücken, ist zum mindesten zu verlangen: das Verbot der Reklame, speziell auch durch öffentliche Inserate, das Verbot jeder brieflichen Behandlung wie endlich das Verbot der Anpreisung von Geheimmitteln, das partikularrechtlich bereits besteht. Auch ist zu erwägen, wie weit die Abgabe von Quecksilberpräparaten, Injektionsmitteln u. dgl. im Handverkauf den Apotheken und Drogerien zu untersagen wäre.

Wie weit darf nun aber die Allgemeinheit, wenn sie dem Geschlechtskranken die ausgiebigste Möglichkeit der Behandlung bieten will, den Patienten einem Behandlungszwang unterwerfen, und wie weit darf sie überhaupt im Interesse der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in die Freiheit des einzelnen eingreifen? Die Frage interessiert uns zunächst gar nicht in ihrer Spezialisierung auf die gewerbsmäßige Prostitution, der gegenüber sie allerdings die größte praktische Bedeutung gewonnen hat; im Gegenteil, wenn die Behandlung der Prostituierten dem Vorwurf der Willkürlichkeit begegnet, gilt es, die Grundsätze zu finden, die jede Ausnahmestellung be-

seitigen und sich in gleicher und gerechter Weise gegen alle wenden, die als Geschlechtskranke anderen gefährlich werden können.

Erste Forderung für jedes Eingreifen bleibt eine gesetzliche Regelung der Materie, die Willkürlichkeiten einschließt.

Der Hygieniker reiht die venerischen Affektionen den Infektionskrankheiten an. Das behördliche Eingreifen, das die Weiterverbreitung ansteckender Affektionen hindern will, folgt nun allerdings einem allgemeinen Schema, läßt aber innerhalb desselben je nach Eigenart und Wichtigkeit der einzelnen Krankheiten Abstufungen und Verschiedenheiten der Schutzmaßnahmen zu, wie das besonders in dem „Entwurf des preußischen Ausführungsgesetzes zu dem Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juli 1900“ zu Tage tritt. Der Grundsatz steht im Vordergrunde, daß die behördliche Repression das notwendige Maß nicht überschreite und daß jede zu große Belästigung der Bevölkerung vermieden werde.

Wir sehen zunächst gänzlich davon ab, daß der angeführte Gesetzentwurf alle wesentlichen Bestimmungen, die er in Bezug auf Tripper, Schanker und Syphilis enthält, tatsächlich auf die gewerbsmäßige Prostitution beschränkt; es wäre vielmehr zu untersuchen, bis zu welchem Grade eine weitere Ausdehnung prinzipiell gerechtfertigt und praktisch durchführbar erscheint. Ein Gesetz, wie das eben herangezogene, darf auch keineswegs als definitiver Abschluß betrachtet werden, es stellt nur eine Grundlage dar, auf der weiter gebaut werden soll.

Wenn die Infektionskrankheiten schon ganz allgemein eine Verschiedenheit der Bekämpfungsmittel erheischen, so ist beim Spezialfalle der venerischen Seuchen die Eigenart der Voraussetzungen für die Uebertragung in den Vordergrund zu rücken. Dürfte man dem Satze folgen, daß jeder einzelne im stande sei, sich selbst vor der geschlechtlichen Ansteckung zu schützen indem er selbstverständliche Moralvorschriften erfüllt, so wäre jedes weitere hygienische Eingreifen der Behörden überflüssig oder gar vom Uebel, und es ist ein ernster Vorwurf, den die Moralisten gegen wesentliche Punkte der hygienischen Prophylaxe erheben, daß sie ein Hemmnis für die ersehnte Entwickelung der sexuellen Moral liefern. Allein gerade die Höhe der sexuellen Ansteckungen, die alljährlich erfolgen, belehrt uns darüber, daß in der Wirklichkeit jene moralische Schutzwehr zur Unterdrückung der venerischen Krankheitsübertragungen nicht ausreicht, ganz abgesehen von solchen Fällen extragenitaler Infektionen, die unabhängig vom Sexualverkehr erfolgen und deren Verhütung ganz von einer hygienischen Aufsicht abhängt. Wenn nun aber der Appell an die Moral des einzelnen gefährdeten Individuums nicht genügt, die Uebertragungen geschlechtlicher Infektionen zu verhindern, so besteht andererseits gewiß das Recht, von den Erkrankten jene Gewissenhaftigkeit zu verlangen, die eine Ansteckung anderer ausschließt. Die Forderung liefe schließlich im wesentlichen darauf hinaus, daß der Venerische, solange er sich im infektiösen Zustande befindet, den geschlechtlichen Verkehr unterlassen müsse. Diese Forderung erhält eine Unterstützung durch rechtliche Gesichtspunkte, die in der bewußten Uebertragung einer Geschlechtskrankheit eine Körperverletzung erblicken und den Infizierenden strafrechtlich wie civilrechtlich haftbar machen wollen.

Auf die Frage des Rechtsschutzes gegen geschlechtliche Infektionen werden wir später genauer zurückkommen müssen. So segensreich er sich in einzelnen eklatanten Fällen erweisen kann, so sehr versagt er gerade da, wo sich die Gefährlichkeit häuft, vor allem den Prostituierten gegenüber. Unter keinen Umständen reicht der rechtliche Schutz praktisch so weit, daß er eine prophylaktische hygienische Einmischung überflüssig machte. Diese aber hat auf die Heilung der Kranken hinzuarbeiten. Denn wenn auch Voraussetzungen denkbar bleiben, unter denen ein ansteckungsfähiger Kranker, auch wenn er die eigene Behandlung vernachlässigt, die Krankheitsübertragung auf andere vermeidet, so liegen die Dinge in der Regel doch so, daß die Gefahr der Uebertragung mit der Ungunst der äußeren Bedingungen für die Heilung des Patienten selbst wächst und daß die Gewissenlosigkeit gegen andere mit der Vernachlässigung der eigenen Erkrankung Hand in Hand geht. So müßte der Versuch einer Ueberwachung der Geschlechtskranken vor allem darauf hinauslaufen, den einzelnen Patienten unter Bedingungen zu erhalten, unter denen sich seine Heilung zweckmäßig durchführen läßt, und Garantien dafür zu schaffen, daß die Behandlung tatsächlich erfolgt. Daß die Kranken von vornherein bezüglich ihrer Fähigkeit und Geneigtheit zur Behandlung verschieden eingeschätzt werden müssen, liegt auf der Hand; dieselbe Differenz besteht für die Gefahr der Weiterverbreitung. Es wäre aber unbillig, von einer anderen Voraussetzung auszugehen als der, daß im allgemeinen die Geschlechtskranken in ihrem eigensten Interesse die ihnen gebotene Behandlungshilfe aufsuchen, und daß sie die gesundheitliche Schädigung ihrer Mitmenschen vermeiden wollen. Zeigt sich in der Tat namentlich die letztere Annahme nur mangelhaft erfüllt, wie uns beispielsweise die gewissenlosen und sorglosen Einschleppungen von Geschlechtskrankheiten in die Ehe und nicht zum wenigsten die ungeheuerlich zahlreichen Krankheitsübertragungen auf Prostituierte lehren, so wäre es doch von vornherein ungerechtfertigt, das einzig sichere vorbeugende Mittel, die allgemeine Zwangsbehandlung der Venerischen in den Krankenhäusern, in Anwendung bringen zu wollen, selbst dann, wenn die Möglichkeit bestände, aller Geschlechtskranken habhaft zu werden; und wenn bei den außerhalb der Krankenhäuser verbleibenden Personen die Möglichkeit der umfassenden vorbeugenden Kontrolle fehlt, die zudem für viele Fälle überflüssig bleibt, so wird man auch da lieber auf die Gewissenhaftigkeit der einzelnen Kranken und die abschreckende Wirkung der Strafdrohungen sich verlassen, als eine allzu weitgehende Einmischung in die persönliche Freiheit des einzelnen versuchen. Von diesem Grundsatze abzugehen, besteht nur da Veranlassung, wo die Verhältnisse kraß so liegen, daß der Kranke nicht nur seine Behandlung versäumt, sondern vor allem auch gerade mit Rücksicht auf seine Lebensbedingungen die Gefährdung anderer gar nicht vermeiden kann. Hier besteht direkt das Interesse, die Behandlung unter Voraussetzungen zu erzwingen, welche die Sicherheit der Gesellschaft garantieren.

Somit muß ein hygienisches Ueberwachungssystem, wenn es überhaupt auf praktische Erfolge nicht verzichten will, zu einer Graduierung des Zwanges gelangen, und es würde beispielsweise für die gewerbsmäßige Prostituierte, wenn sie erkrankt, andere Maßregeln fordern müssen als für ihre kranken Klienten; es müßte gegen den unter-

standslosen Vagabunden strenger vorgehen als gegen den seßhaften Arbeiter.

Wie soll nun aber die Behörde zur Kontrolle der Geschlechtskranken gelangen?

In Preußen bestehen noch die „sanitätspolizeilichen Vorschriften bei ansteckenden Krankheiten“ des Regulativs vom 8. August 1835.

Seine Bestimmungen, soweit sie sich auf die Geschlechtskrankheiten beziehen, lauten folgendermaßen:

VII. Die Syphilis.

§ 65. Anzeige der Kranken.

Die Anzeige an die Ortspolizeibehörde (§ 9) ist nicht bei allen an syphilitischen Uebeln leidenden Personen ohne Unterschied erforderlich, sondern nur dann, wenn nach Ermessen des Arztes von der Verschweigung der Krankheit nachteilige Folgen für den Kranken selbst oder für das Gemeinwesen zu befürchten sind. In diesen Fällen ist der betreffende Arzt dazu verpflichtet, und eine Vernachlässigung seiner desfallsigen Obliegenheiten soll mit einer, in Wiederholungsfällen zu verdoppelnden, Geldstrafe von 5 Talern geahndet werden.

Dagegen sind sämtliche Medizinalpersonen, mit Einschluß der Vorstände von Krankenanstalten, verpflichtet, vierteljährlich in den einzureichenden Sanitätsberichten über die Anzahl der ihnen überhaupt vorgekommenen syphilitisch Kranken, die Zahl der Geheilten u. s. w. ohne Nennung der Namen an die Ortspolizeibehörde Bericht zu erstatten.

Syphilitisch kranke Soldaten müssen von den sie etwa behandelnden Civilärzten dem Kommandeur des betreffenden Truppenteils oder dem dabei angestellten Oberarzt angezeigt werden.

Hinsichtlich der Anzeige syphilitischer Weibspersonen in öffentlichen Häusern verbleibt es bei den im Allgemeinen Landrecht, T. II, Tit. 20, § 1013 seq. enthaltenen gesetzlichen Bestimmungen.

§ 66. Verfahren bei den in ihren Wohnungen bleibenden Kranken.

Verbleibt der Kranke in seiner Wohnung, so findet die in § 18c gegebene Vorschrift ihre Anwendung.

(„Bei den weniger gefährlichen Krankheiten sind die Kranken nur verpflichtet, sich der näheren Gemeinschaft mit anderen, insbesondere des Besuchs öffentlicher Orte, zu enthalten.“)

§ 67. Errichtung besonderer Krankenhäuser.

Sollte die Zahl der syphilitisch Kranken an einem Orte, wo nicht bereits ein geeignetes Krankenhaus vorhanden ist, sehr zunehmen oder dasselbe aus sonstigen Gründen erforderlich werden, so ist unter Mitwirkung der Sanitätskommissionen zur Aufnahme derjenigen, welche in ihren Wohnungen nicht gänzlich geheilt werden können, ein besonderes Haus zu errichten.

§ 68. Desinfektion.

. . . .

§ 69. Ermittelung der Ansteckungsquelle.

Die Polizeibehörden haben dafür zu sorgen, daß die Aerzte und Wundärzte, besonders die bei den Krankenhäusern angestellten, wenn sie syphilitisch angesteckte Personen in die Kur nehmen, auszumitteln suchen und der Polizeibehörde anzeigen, von wem die Ansteckung herrühre, damit liederliche und unvermögende Personen, von deren Leichtsinn die weitere Verbreitung des Uebels zu befürchten und bei denen ein freiwilliges Aufsuchen ärztlicher Hilfe nicht zu erwarten ist, untersucht, in die Kur gegeben und überhaupt die zur Verhütung einer weiteren Verbreitung des Uebels durch die Umstände gebotenen Maßregeln getroffen werden können.

Dieselbe Verpflichtung liegt auch den Militärärzten ob.

§ 70. Aufsicht auf liederliche Personen.

Hinsichtlich der polizeilichen Aufsicht auf diejenigen Personen, von welchen eine Verbreitung des syphilitischen Uebels vorzugsweise zu besorgen ist, verbleibt es bei den bestehenden Vorschriften.

§ 71. Straffälligkeit der wissentlichen oder fahrlässigen Verbreitung der Syphilis.

Ebenso finden die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen für die Fälle wissentlicher oder fahrlässiger Verbreitung der Krankheit ihre Anwendung sowohl auf

männliche wie auf weibliche Personen (Allg. Landrecht, T. II, Tit. 20, § 1013e—1015 und 1021).

§ 72. Verbot des Kurierens syphilitisch Kranker durch unbefugte Personen.

Auf die genaue Befolgung des im § 17 enthaltenen Verbots der Behandlung ansteckender Krankheiten durch unbefugte Personen ist mit besonderer Sorgfalt bei der Syphilis zu halten, und sind die Polizeibehörden und approbierten Medizinalpersonen zur vorzüglichen Aufmerksamkeit in dieser Hinsicht verpflichtet.

Die Apotheker werden auf die denselben gegebenen Vorschriften gegen die Bereitung von Arzneien auf Anordnung unbefugter Personen und gegen den Handverkauf von Arzneimitteln, die Mercurialia oder andere heftig wirkende Substanzen enthalten, verwiesen.

§ 73. Bestimmungen hinsichtlich des Militärs.

Im Militär soll bei den Soldaten bei bestimmten Veranlassungen, z. B. bei der Einstellung, beim Ausmarsche, bei der Entlassung u. s. w. eine genaue Nachfrage in Bezug auf ein Erkranken an syphilitischen Uebeln und ein Bestrafen derjenigen, die ihr Leiden verheimlichen, stattfinden.

Syphilitisch erkrankte Soldaten sind in die Militärhospitäler aufzunehmen und vor ihrer völligen Heilung, selbst nach Ablauf der Dienstzeit, nicht zu entlassen.

Der Entwurf eines preußischen Ausführungsgesetzes zum Reichsseuchengesetz, das an Stelle dieser teilweise veralteten Bestimmungen treten soll, beschränkt sich in seiner zweiten Fassung, die zur Zeit dem preußischen Abgeordnetenhause vorliegt, auf Maßnahmen gegen die gewerbsmäßige Prostitution und daneben auf eine Meldepflicht geschlechtskranker Soldaten. (Nach § 2 hat der zugezogene Arzt oder jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person in jedem Falle, in welchem sie von Unteroffizieren und Mannschaften des aktiven Heeres zur Behandlung von Syphilis, Tripper oder Schanker zugezogen werden, dies dem Kommando des betreffenden Truppenteils oder dem bei demselben angestellten Obermilitärarzte unverzüglich anzuzeigen [entsprechend § 65 des alten Regulativs].)

Dieser Gesetzentwurf will also die statistischen Meldungen des alten Regulativs (§ 65), die wohl niemals zuverlässig erfolgten, beseitigen, ebenso wie er von dem Versuch einer Ermittelung der Ansteckungsquellen (§ 69) und der bedingungsweisen Meldung nichtprostituierter geschlechtskranker Civilpersonen (§ 65 Abs. 1) absieht. Die Gründe dieser Aenderungen werden im folgenden zu berühren sein.

Welche Maßregeln könnten die Behörden zur Ueberwachung geschlechtskranker Personen anwenden?

Die Forderungen müßten sich beziehen

1) auf die behördliche Ermittelung der Krankheitsfälle,
2) nötigenfalls auf die Beobachtung Krankheitsverdächtiger, event. auch auf die Absonderung derselben,
3) auf Beobachtung und nötigenfalls auf die Absonderung der Erkrankten.

Wege zur Ermittelung der Geschlechtskranken.

In erster Linie käme eine Meldung seitens der Aerzte in Frage.

Solange aber keine Anzeigepflicht der Geschlechtskranken besteht, ist der Arzt durch § 300 R.Str.G.B. zur Geheimhaltung verpflichtet.

§ 300 R.Str.G.B. lautet:

Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Verteidiger in Strafsachen, Aerzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker sowie die Gehilfen dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu 1500 M. oder mit Gefängnis bis zu 3 Monaten bestraft.

Es könnte sich nun darum handeln, an Stelle dieser Schweigepflicht eine allgemeine Anzeige der Geschlechtskranken oder eine beschränkte, an bestimmte Voraussetzungen gebundene Meldung zu setzen.

Tatsächlich steht in Preußen dem § 300 R.Str.G.B. der § 65 Abs. 1 des noch gültigen Regulativs vom Jahre 1835 entgegen. Der Entwurf des neuen Gesetzes hält es aber für ausreichend, wenn die Polizeibehörden gegenüber denjenigen Personen, welche gesetzmäßig die Unzucht betreiben, eine wirksame Handhabe zum Einschreiten erhalten.

Eine beschränkte Meldepflicht für Geschlechtskranke besteht sonst nur in Sachsen-Weimar, Sachsen-Meiningen und Waldeck.

Eine Durchbrechung der Wahrung des Berufsgeheimnisses bedeutet auch die Diagnosenmeldung der Aerzte an die Kassen. Allerdings wird stillschweigend vorausgesetzt, daß jedes Kassenmitglied mit dieser Meldung einverstanden sei. Um den Arzt gegenüber dem § 300 R.Str.G.B. zu sichern, könnten sich übrigens die Kassen von allen eintretenden Mitgliedern bescheinigen lassen, daß sie den Arzt hinsichtlich der Diagnosenmeldung an die Kasse von der Verpflichtung der Geheimhaltung entbinden. Solange die Kassen ihre Geschlechtskranken bezüglich der Krankenunterstützung anders als die übrigen Mitglieder behandelten, war für sie die Kenntnis der Diagnose von direkter praktischer Bedeutung. Wir halten die Kassen auch jetzt noch für berechtigt, daß sie über die Art der Erkrankungen ihrer Mitglieder informiert werden; gerade die Kassenorganisation vermag Handhaben für eine in gewissen Grenzen erfolgreiche Kontrolle Geschlechtskranker zu liefern. Allerdings muß nach außen hin das Geheimnis gewahrt bleiben, und es wäre dringend zu wünschen, daß die Verpflichtung der Beamten der Krankenkassen zur Geheimhaltung gesetzlich — etwa in einer Erweiterung des § 300 R.Str.G.B. — ausgesprochen würde.

Der Schutz, den die Einhaltung des § 300 für den Kranken bereitet, ist nicht hoch genug anzuschlagen. Sie gibt ihm die Gewähr, daß er Vertrauen zum Arzte haben darf, das gerade bei den geheimen Krankheiten notwendiger ist als bei anderen Affektionen. Dem Arzte umgekehrt muß daran liegen, daß er seinen Patienten Helfer und Berater bleibt und daß er nicht als ihr Feind und Verfolger erscheint. Es ist deshalb zu begreifen, daß von vielen Seiten jede Meldung von Geschlechtskrankheiten als ein Attentat auf das ärztliche Berufsgeheimnis zurückgewiesen wird.

Demgegenüber ist auf Fälle hinzuweisen, in denen der Arzt selbst entgegen dem § 300 R.Str.G.B. Handhaben gewinnen möchte, gewissenlose Kranke oder solche, die ihre Behandlung nicht richtig durchführen können oder wollen, der Aufsicht der Behörden oder auch der Bestrafung zuzuführen. Will man aber, so wie es das preußische Regulativ tut, es in das Ermessen des Arztes stellen, welche Fälle eine Anzeige verlangen oder rechtfertigen, so ergeben sich wohl vereinzelt krasse Vorkommnisse, in denen das Verlangen nach dem behördlichen Eingreifen uneingeschränkt zu Tage liegen mag; in der übergroßen Zahl der Fälle aber wird sich die begreifliche und berechtigte Scheu des Arztes geltend machen, die ein unnötiges und vermeidbares Vorgehen gegen seinen Klienten verhindern will. Zudem ist der Arzt auch da, wo er den Verdacht hegen mag, daß sein Patient es an der notwendigen Gewissenhaftigkeit fehlen läßt, häufig nicht in der Lage, die Lebensbedingungen des Kranken so zu übersehen, daß seine An-

zeige vollauf begründet werden könnte. Dabei müßte es die größten Bedenken erwecken, wenn die Anzeige an die Ortspolizeibehörde erfolgen sollte und keine Garantie dafür geschaffen würde, daß dem Denunzierten jedes unnötige und vexatorische Vorgehen erspart bliebe.

Die Einführung einer bedingten ärztlichen Meldepflicht der Geschlechtskranken in großem Umfange müßte deshalb notwendig durch die Einrichtung einer Zentralinstanz ergänzt werden, die eine sorgfältige Prüfung aller einlaufenden Meldungen vorzunehmen hätte, ehe ein weiteres Einschreiten speziell seitens der Polizei erfolgen dürfte.

Aber auch bei dem allergrößten Zutrauen zu der Gewissenhaftigkeit der Aerzte, die überflüssige Meldungen vermeiden möchte, und der möglichen Wirkamkeit jener Zentralinstanz, die als Barriere gegen unnötiges Vorgehen der Behörden dienen müßte, halte ich den Standpunkt für berechtigt, der prinzipiell dem Arzte nur eine beratende Stellung seinen Kranken gegenüber einräumt und ihn da, wo der Klient in ihm den persönlichen Helfer sucht, nicht zum verfolgenden Vertreter einer Behörde machen will. Die Erweiterung der Befugnisse des Arztes und gerade das Arbiträre der beschränkten Meldepflicht müßte eine große Anzahl von Kranken abhalten, überhaupt die ärztliche Hilfe aufzusuchen, und damit wäre im Interesse der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mehr verloren, als auf der anderen Seite sich durch die erzwungene Behandlung einzelner Individuen erreichen ließe.

Wenn es überhaupt nicht der Aufgabe des Arztes entspricht, durch sein Eingreifen jenes Vorgehen der Behörden auszulösen, wird er schon deshalb die Verantwortung nicht übernehmen wollen, die in einer Auswahl seiner Kranken für die Anzeige liegt. Für den Arzt wäre es eine Schutzmaßregel — auch gegen die Verdächtigung, daß er sich etwa in der Abschätzung der Gefährlichkeit seiner Patienten durch unberechtigte Nebenerwägungen beeinflussen ließe — wenn eine Anzeigepflicht, die ihm auferlegt würde, generell alle Kranke beträfe. Eine solche allgemeine Meldung der Geschlechtskranken würde aber erst recht die Einrichtung einer hygienischen Zentralinstanz erfordern, welche über die weitere Verwertung der einlaufenden Meldungen zu entscheiden hätte.

In einer besonderen Form, die keinem Bedenken unterliegt, wird zunächst die generelle Meldung der Geschlechtskranken für statistische Zwecke verlangt (Neisser u. a.).

Nach dem Vorbilde Norwegens ließe sich eine anonyme Anzeige der Venerischen durchführen, soweit sie in ärztliche Behandlung treten, und damit eine Grundlage für unsere Kenntnisse von der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Lande gewinnen. Der Wegfall der Namensnennung und die Meldung an eine zunächst rein statistischen Zwecken dienende Instanz enthalten für den Kranken die Garantien, daß ihm aus der Anzeige keinerlei Belästigung erwächst.

Für die Form der Anzeigen wäre wichtig:

1) Kennzeichnung des Patienten durch Angabe des Vornamens, des Anfangsbuchstabens des Nachnamens, des Geburtsmonats und Geburtsjahres und des Wohnortes. Damit ließe sich die doppelte Registrierung eines Kranken, der bei mehreren Aerzten in Beobachtung stände, verhindern oder wenigstens wesentlich einschränken.

2) Angabe der genauen Diagnose.

3) Eventuelle Angabe des Infektionstermines.

Es muß aber dahingestellt bleiben, ob nicht Enqueten nach Art der preußischen Erhebung vom 30. April 1900 zuverlässigere statistische Ergebnisse liefern, weil sie für die zur Meldung herangezogenen Aerzte keine fortlaufende Belastung bedeuten und deshalb auf gewissenhaftere Berücksichtigung rechnen können. So ist denn auch diese Form der Ermittelung von hervorragenden Statistikern (BERTILLON) als empfehlenswert bezeichnet worden, während aus Norwegen Stimmen laut geworden sind, welche behaupten, daß dort wenigstens die wünschenswerte Genauigkeit der fortlaufenden Meldungen nicht erzielt werden kann. Wir gehen hier nicht weiter auf die Frage ein, ob für die Behörden überhaupt der Einblick in die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, den solche Statistiken liefern können, so weit notwendig sei, daß sie fortlaufend oder periodisch den Aerzten jene Registrierung zumuten möchten.

Mit dem Uebergang von der anonymen Registrierung zur Namensnennung der Kranken, die eine hygienisch-behördliche Aufsicht ermöglichen sollte, würde eine unendliche Fülle von Unzuträglichkeiten geschaffen. Wir haben immer wieder hervorgehoben, daß der Geschlechtskranke mehr als irgend ein anderer Patient auf die Diskretion des Arztes angewiesen ist, und daß jede unnötige oder überflüssige Preisgabe des Geheimnisses oder gar die Furcht vor irgend welchen Weiterungen einen wesentlichen Teil der Kranken aus der Behandlung vertreiben würde. Ueberflüssig und unnötig aber wäre tatsächlich jene allgemeine Anzeige der Venerischen, weil die Gesundheitsbehörde keinerlei Anlaß hätte, gegen sehr viele jener Kranken einzuschreiten, die in genügendem Maße den Verpflichtungen nachkommen, die ihnen die Krankheit auferlegt. Andererseits wird jene Behörde aus sich heraus nicht die Mittel und Hilfsorgane besitzen, gewissenhaft und ohne unnötige Belästigungen diejenigen Elemente herauszufinden, denen gegenüber ihre Einmischung berechtigt und wünschenswert bliebe. Sie wäre eben vor allem auf die Hinweise angewiesen, die ihr seitens der Aerzte gebracht würden, und damit müßte man für das Einschreiten der Behörde wiederum auf das Ermessen der Aerzte rekurrieren. Die praktische Betätigung der Gesundheitsbehörde bliebe also im wentlichen abhängig von einer beschränkten oder spezialisierten Anzeige der Aerzte.

Zwei Voraussetzungen übrigens, unter denen eine ärztliche Meldung von Geschlechtskranken vor allem wünschenswert erscheinen mag, bedürfen nicht der Schaffung neuer Instanzen. Der eine Fall betrifft solche unterstandslose Individuen, die freiwillig in ein Krankenhaus eingetreten sind, dasselbe aber in noch ansteckungsgefährlichem Zustande wieder verlassen wollen. Läßt man diesen Grundsatz gelten, so beschränkt man damit für viele Prostituierte ohne weiteres wieder die Freiheiten, die man ihnen zunächst für ihre Behandlung einräumen möchte. An zweiter Stelle handelt es sich um die Anzeige von gewerbsmäßigen Prostituierten an den Kontrollarzt, wenn sie sich etwa wegen einer Geschlechtskrankheit in privatärztliche Behandlung begeben und nicht verschwiegen haben, daß sie der Kontrolle unterstehen.

Wenn in einem Falle der Bruch des ärztlichen Geheimnisses gerechtfertigt und notwendig erscheint, ist es hier, wo die Denunziation auch praktisch weiter keine Folgen für die Angezeigte hat, als daß die Ueberwachungsinstanz auf den Gesundheitszustand einer ihr unterstellten Person aufmerksam gemacht wird. Nur wird der Arzt sehr

selten in der Lage sein, zu wissen, daß er eine eingeschriebene Dirne vor sich hat, und für andere Fälle wäre jene Anzeige nicht gut zu heißen.

Andere Wege zur Ermittelung Geschlechtskranker.

Die Denunziation der Aerzte könnte sich auf solche Personen erstrecken, die nicht in ihrer Behandlung stehen, sondern die von Patienten als „Infektionsquellen“ angegeben wurden.

Das praktische Vorbild liefert Norwegen, wo die Aerzte verpflichtet sind, ihre Patienten bezüglich der „Infektionsquelle“ zu befragen und die etwaige positive Auskunft den statistischen Meldungen hinzuzufügen. Genau dieselbe Maßregel ließe sich bei uns im Zusammenhang mit der geforderten fortlaufenden statistischen Anzeige der Geschlechtskranken durchführen und würde ihr erhöhte praktische Bedeutung geben.

Das preußische Regulativ vom Jahre 1835 hat entsprechende Ermittelungen vorgeschrieben, die an die Polizeibehörde zu richten wären.

Allein es bleibt sehr dahingestellt, ob derartigen Meldungen irgend welcher praktische Nutzen zukommt. Höchstens könnten sie einen sehr bescheidenen Beitrag zur Ermittelung Prostituierter liefern. Fälle, in denen auf diese Weise gewissenlose Männer ausfindig gemacht würden, kämen nur ganz vereinzelt in Betracht.

Dabei müßte nachdrücklichst verlangt werden, daß die Meldung nicht an die Polizei, sondern an die hygienische Zentralinstanz erfolge, die in diskreter Weise die Berechtigung der Denunziation zu prüfen hat.

Eine Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses liegt nicht vor, wenn die Meldung nur mit Einwilligung oder direkt auf Veranlassung des Patienten geschieht. Gewiß bleibt es auch zulässig und wünschenswert, daß dieser selbst an die Behörde die Anzeige erstattet; aber er wird begreiflicherweise den Weg der ärztlichen Meldung vorziehen, der ihm die volle Diskretion sichert. Da aber gerade auf diese Weise auch für falsche Denunziationen der größere Spielraum bleibt, ist mit doppeltem Nachdruck zu fordern, daß nur auf Grund der gewissenhaftesten und vorsichtigsten Prüfung solcher Meldungen vorgegangen werde.

Der Polizei muß das Recht vorbehalten bleiben, Personen, die aus irgend welchem Grunde in Haft genommen wurden, und die in hinreichendem Verdachte einer geschlechtlichen Erkrankung stehen, der entsprechenden Untersuchung zuzuführen. Der Verdacht des Bestehens einer geschlechtlichen Erkrankung an sich aber kann keinen ausreichenden Grund für das rein polizeiliche Einschreiten liefern. Die Existenz einer Gesundheitsbehörde, an welche angezeigte Verdächtige verwiesen werden müßten, wäre geeignet, hier eine Lücke auszufüllen und mancherlei Härten vermeiden zu lassen.

Eine Fahndung auf geschlechtskranke Individuen durch gelegentliche oder wiederholte, eventuell auch regelmäßige periodische körperliche Untersuchungen kann in besonderen Bevölkerungskreisen angezeigt erscheinen, wenn es sich um eine notorisch hohe Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der betreffenden Bevölkerungsschicht handelt und von solchen Individuen aus eine wesentliche Gefahr der Weiterverbreitung der Krankheiten besteht. Am einfachsten und einwand-

freiesten liegen die Dinge da, wo eine extragenitale gewerbliche Uebertragung der Syphilis in Frage kommt. Speziell wären regelmäßige sanitäre Inspektionen der Glasbläsereien durchaus angezeigt. Aber es lassen sich nicht viele weitere Beispiele der Art finden. Schon in den Nahrungsmittelgewerben, dem Gastwirt- und dem Barbierbetrieb, wo man gewiß allen Grund hätte, extragenitalen Uebertragungen der Syphilis nach Möglichkeit vorzubeugen, liegt keine so häufige Verbreitung der extragenitaler Syphilis vor, daß man Recht und Veranlassung hätte, regelmäßige Kontrollvisiten einzuführen, und dasselbe gilt erst recht für andere gewerbliche oder industrielle Betriebe. Solche Untersuchungen sind aber auf alle Fälle einer rein medizinischen Instanz zu übertragen, und die Behörde soll nach Möglichkeit durchaus im Hintergrunde bleiben und das private Interesse für eine derartige Kontrolle erwecken und unterstützen.

In Rußland ist schon 1857 durch ein Zirkular des Ministers des Innern verfügt worden (No. 39 vom 26. Okt. 1851), daß „Fabriken, Werkstätten und andere Institute, wo viele Menschen angestellt sind, womöglich ihre eigenen Aerzte haben müssen, welche die arbeitenden Männer von Zeit zu Zeit inspizieren müssen. Frauen unterliegen nur in dem Falle der Inspektion, wenn bedeutende Zweifel hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes bestehen."

Tatsächlich müßten von solchen regelmäßigen Untersuchungen weibliche Personen verschont werden, für die die hygienische Kontrolle zugleich eine moralische Verdächtigung bedeutete. Aber auch den Männern gegenüber würden sie sich aus rechtlichen wie praktischen Gründen nicht durchführen lassen, wenn man vom Militär absehen will, bei dem jene regelmäßige Kontrolle ohne Schwierigkeit erfolgt, oder wenn die Angehörigen des betreffenden Kreises selbst solche Untersuchungen wünschen. Die organisierten Kassen als solche haben an einer periodischen Untersuchung ihrer Mitglieder kein unmittelbares Interesse, höchstens könnte in Betracht gezogen werden, daß jede Person beim Eintritt in die Kasse untersucht würde.

In Hamburg findet eine obligatorische Untersuchung der Seeleute bei der An- und Abmusterung statt; die krank befundenen werden zwangsweise ins Spital geschickt. Pro Jahr werden etwa 1500 Mann von dieser Maßregel betroffen.

Möglich und notwendig ist eine behördliche Ueberwachung des Ammengeschäftes, die eine Uebertragung der Syphilis auf die Säuglinge verhindert.

Diesen Punkt wird ein besonderer Abschnitt des vorliegenden Handbuchs ausführlich behandeln.

Ein spezieller Schutz gegen Syphilisübertragungen bei der Impfung ist durch die ausschließliche Vaccination mit Tierlymphe und den genaueren Modus ihrer Ausführung überflüssig geworden.

Die ärztliche Ueberwachung der Kostkinder darf natürlich auch die Frage der Syphilis nicht außer acht lassen, und endlich kann auch der Schularzt gelegentlich in die Lage kommen, syphilitische Kinder zu entdecken.

In den letzten Jahren ist mehrfach der Vorschlag gemacht worden, es solle eine obligatorische körperliche Untersuchung aller Heiratskandidaten vorgenommen werden, auf Grund deren Personen mit ansteckenden Geschlechtskrankheiten von der Verehelichung ausgeschlossen werden könnten. Ließe sich eine solche Einrichtung wirk-

sam durchführen, so wäre der bedenklichste Teil der geschlechtlichen Erkrankungen, ihr Eindringen in die Ehen, wenn nicht zu verhindern, doch wesentlich zu beschränken — und damit könnte die vielumstrittene Ueberwachung der Prostituierten weniger dringlich erscheinen, um so mehr als jene Kontrolle der Heiratskandidaten mitwirken könnte, überhaupt vor dem Verkehr mit der gefährlichen Prostitution abzuschrecken.

Eine solche Verhinderung einer Einschleppung der Geschlechtskrankheiten in die Ehe müßte zahlenmäßig gewaltig ins Gewicht fallen. Schätzt doch beispielsweise Schrank für Wien unter den syphilitischen Frauen den Prozentsatz derer, die in der Ehe vom Manne syphilitisch infiziert wurden, auf mehr als 20 Proz. ein. Die Zahlen für Gonorrhöe sind überall noch vermutlich höher anzusetzen, und dabei handelt es sich in dem weit überwiegenden Bruchteil der Fälle um vorehelich erworbene Erkrankungen des Mannes. Wenn man von dem Verbote der Verheiratung Geschlechtskranker Nachteile für den Bevölkerungszuwachs befürchtete, so steht dem gegenüber die Erwägung, daß jenes Verbot nur temporäre Geltung — bis zur Beseitigung der Ansteckungsfähigkeit — hätte, und daß durch die Herabminderung der gonorrhoischen Erkrankungen der Frauen eine große Anzahl steriler Ehen oder von Ehen mit verminderter Nachkommenschaft verhütet würde, ebenso wie der Ausschluß der ansteckungsfähigen Syphilitiker von der Ehe Abortus, Totgeburten und hereditäre Erkrankungen der Kinder einschränken müßte. Dem Bevölkerungszuwachs wäre nur gedient.

Indessen, so wünschenswert die Einführung jenes Schutzes wäre, so wenig können wir uns mit Maßnahmen befreunden, die, wie diese, eine unnötige Bevormundung des einzelnen bedeuten und die praktisch schon deshalb undurchführbar bleiben müssen, weil sie sich in gleicher Weise gegen Mann und Weib zu richten hätten; eine obligatorische Untersuchung der Bräute auf ihre sexuelle Gesundheit dürfte aber unter keinen Umständen gutzuheißen sein.

Die ganze Frage des gesundheitlichen Heiratskonsenses wäre, wenn sie überhaupt diskutiert werden soll, nicht einseitig unter dem Gesichtspunkte der Geschlechtskrankheiten zu betrachten. Es könnte sich nur allgemeiner darum handeln, wieweit Kranke von der Ehe auszuschließen wären; speziell bezüglich der Tuberkulösen sind ja ähnliche Vorschläge gemacht worden. Tatsächlich hatten sich auch schon gesetzgebende Körperschaften mit solchen Fragen zu beschäftigen. So die französische Kammer im Jahre 1900, und im Unionsstaate Dakota wurde 1899 ein Gesetz vorgeschlagen, wonach jeder Ehekandidat zur Erhaltung der Staatserlaubnis ein Zeugnis über seine körperlichen und geistigen Fähigkeiten beizubringen habe.

Wir halten die direkte Einmischung des Staates für verfehlt, solange die Möglichkeit der privaten Selbsthilfe besteht. Wenn nun Grund zu der Annahme vorliegt, daß ein ungeheuer großer Bruchteil der Männer, speziell der besser gestellten Stände, in die Ehe tritt, nachdem er eine Geschlechtskrankheit überstanden hat, so ist es Recht wie Pflicht des Vaters oder Vormundes der Braut, von dem Bräutigam im Einzelfalle auf Grund einer privatärztlichen Untersuchung die Sicherheit zu verlangen, daß keine gesundheitlichen Bedenken gegen die Eheschließung bestehen. Ein solches privates Heiratsgutachten könnte dieselben Garantien bieten, wie die in Betracht gezogene behördliche Einmischung.

Ich erwähne auch den Vorschlag von GOOD, der die Gründung einer Lebensversicherung wünscht, die niemanden aufnähme, der an einer venerischen Krankheit leidet. Der Bräutigam solle vom Vertreter der Braut dazu veranlaßt werden, die Mitgliedschaft dieser Kasse zu erwerben.

Die wichtigste Repressivmaßregel gegen Geschlechtskranke würde nach wie vor eine Zwangsbehandlung bleiben. Immer und immer wieder ist hervorzuheben, daß die Forderung einer allgemeinen Hospitalisierung der Geschlechtskranken jedes berechtigte Maß bei bei weitem überschreitet. Der freiwillige Eintritt der Kranken in die Spitäler soll allerdings nach Möglichkeit gefördert werden, gewisse Voraussetzungen, die früher skizziert wurden, lassen ihn auch als notwendig erscheinen; im allgemeinen aber läßt sich die Behandlung der meisten Geschlechtskranken außerhalb der Spitäler und ohne weitere behördliche Einmischung durchführen. Die Erleichterung solcher Behandlungsmöglichkeiten und indirekt die Strafdrohungen gegen Geschlechtskranke, die bewußterweise anderen durch ihr Leiden gefährlich werden, sollen in ihrer Bedeutung für die freiwillige Inanspruchnahme der Behandlung nicht unterschätzt werden.

Die Behörden sollen sich jeder Einmischung in jenen Fällen enthalten, in denen die geforderte Gewissenhaftigkeit der Kranken vorausgesetzt werden darf. Es wäre in diesen Fällen selbt die rein formelle Kontrolle seitens der Behörden nicht am Platze.

In dem Umfange, in dem jetzt Meldungen von Geschlechtskranken zur Kenntnis der Behörden gelangen und in dem dieser sich nach den gegebenen Auseinandersetzungen steigern ließe, handelt es sich um die Anzeige von Personen, denen gegenüber die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung allerdings einleuchten dürfte, falls die Anzeige als begründet erkannt wird. Zur faktischen Anwendung gelangt diese Zwangseinweisung allerdings im wesentlichen nur gegenüber Prostituierten und unterstandslosen vagierenden Männern. Deshalb ist es von ganz besonderer Wichtigkeit, daß die Kassenorganisationen Voraussetzungen bieten, die ohne weitere Inanspruchnahme der Behörden zur Krankenhausbehandlung einen wesentlichen Teil solcher Elemente veranlassen können, bei denen diese Behandlung notwendig erscheinen kann.

Den Krankenkassen ist gesetzlich das Recht gewährt, unter bestimmten Voraussetzungen die Ueberweisung des Patienten an ein Krankenhaus zu verlangen.

§ 7 des Krankenversicherungsgesetzes:

An Stelle der im § 6 vorgeschriebenen Leistungen kann freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus gewährt werden, und zwar:

1) für diejenigen, welche verheiratet sind, oder eine eigene Haushaltung haben, wenn die Art der Erkrankung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann, oder wenn die Krankheit eine ansteckende ist, oder wenn der Erkrankte wiederholt den auf Grund des § 6a Abs. 2 erlassenen Vorschriften zuwider gehandelt hat, oder wenn dessen Zustand oder Verhalten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;

2) für sonstige Erkrankte unbedingt.

§ 6. Die Gemeinden sind ferner ermächtigt, Vorschriften über die Krankenmeldung, über das Verhalten der Kranken und über die Krankenaufsicht zu erlassen, und zu bestimmen, daß Versicherte, welche diesen Vorschriften oder den Anforderungen des behandelnden Arztes zuwiderhandeln, Ordnungsstrafen bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes für jeden einzelnen Uebertretungsfall zu erlegen haben. Vorschriften dieser Art bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 26a Abs. 2a mit gleichartigen Bestimmungen.

Blaschko kommt für die Kassenorganisation zu folgenden Forderungen:

Die Krankenhausbehandlung ist im Prinzip namentlich für die unverheirateten Kassenmitglieder anzustreben, und sie sollte obligatorisch sein:

1) für die Angehörigen der Nahrungs- und Genußmittelgewerbe: Bäcker, Schlächter, Kellner und Kellnerinnen, Tabakarbeiter und -arbeiterinnen, für die Glasbläser, sowie für Berufsgruppen, welche, wie die Barbiere und Friseure, bei Ausübung ihres Berufes in nahe Berührung mit anderen Menschen kommen.

Man kann darüber streiten, ob selbst diese Fassung nicht noch Einschränkungen unterworfen werden müßte; denn auch hier dürfte eine Entscheidung von Fall zu Fall wünschenswert sein; die verallgemeinernde Hospitalisierung der genannten Krankenkategorien wird manche unnötige Härte einschließen, und ich möchte deshalb auch für diese den 2. Abschnitt von Blaschkos Vorschlag angewendet wissen, wonach die Hospitalisierung zu erfolgen hätte:

wenn nach Ansicht des Arztes wegen Schwere der Erkrankung oder wegen ungünstige häuslicher Verhältnisse oder Gefahr einer Uebertragung die Kur im Hause nicht durchführbar ist.

Die Machtbefugnisse der Kasse gehen allerdings nicht so weit, daß sie den Kranken zum Eintritt ins Spital zwingen kann. Er wird nur im Weigerungsfalle seine Ansprüche auf Unterstützung verlieren und sich Ordnungsstrafen zuziehen.

Es wäre aber zu überlegen, ob nicht in solchen Fällen eine Weitermeldung der Widerspenstigen zu erfolgen hätte, falls nach den Umständen eine Weiterverbreitung der Krankheit durch den Patienten zu befürchten wäre.

Eine hygienisch wertvolle Erweiterung im Rahmen der Befugnisse der Krankenkassen schlägt Blaschko vor in Form des Erlasses von Vorschriften, die eine dauernde Kontrolle und fortlaufende ärztliche Ueberwachung von Kranken ermöglichen. Speziell bei Syphilitischen wäre für die Dauer der kontagiösen Periode eine solche Ueberwachung am Platze, die ein regelmäßiges Erscheinen des Patienten — zunächst etwa in 4-wöchentlichen Zwischenräumen — vor dem Arzte einschlösse. Rezidive könnten so rechtzeitig entdeckt werden, und die Durchführung des ganzen Kurplanes der intermittierenden Quecksilberbehandlung gewänne an Sicherheit. Eine derartige Maßregel läge im Interesse der Heilung des Kranken wie im Interesse der Kasse und der öffentlichen Hygiene.

Unter allen Umständen verfügen die Krankenkassen über genügende Machtmittel, um eine große Anzahl Venerischer der Behandlung zuzuführen; die Frage ist auch schon aufgeworfen worden, ob sich nicht gerade durch einen Ausbau der Kassenorganisation auch eine einwandfreie Ueberwachung der Prostituierten ermöglichen ließe.

Unsere spezielle Aufgabe wird es allgemeiner sein, zu untersuchen, wie weit die hier entwickelten praktisch befolgten und weiter verfolgbaren Möglichkeiten für die Einschränkung der Geschlechtskrankheiten unter den Prostituierten in Frage kommen. Unbestritten ist von vorneherein der Satz, daß die gewerbsmäßige Prostitution den Bevölkerungsausschnitt darstellt, der im größten relativen Umfange den Geschlechtskrankheiten anheimfällt und der die Weiterverbreitung dieser Affek-

tionen im höchsten Maße vermittelt. Somit besteht das allergrößte Interesse daran, gerade hier einzugreifen. Ist nun aber zu erwarten, daß die kranke Prostituierte freiwillig die gebotenen Behandlungsmöglichkeiten ausnützen und zwar so, daß sie Garantien gegen eine Weiterverbreitung ihres Leidens bietet? Wenn irgendwo, so ist es bei der Prostituierten von Wichtigkeit, Krankheitsfälle aufzudecken und eine obligatorische Ueberwachung und Behandlung der Erkrankten durchzuführen. So wird ein jedes hygienische System, das gegen alle gerecht sein möchte, gerade hier die Summe seiner Zwangsmittel anwenden wollen.

Der Arzt als Belehrer.

Der letzte wesentliche Gesichtspunkt, unter dem sich der Arzt mit dem Problem der Ueberwachung Prostituierter zu befassen hat, betrifft die Frage der Belehrung.

Belehrung und Aufklärung der Gesunden wie der Kranken betrachten wir als wesentliches Mittel im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten; gerade dem sachverständigen Hinweise des Arztes auf die gesundheitliche Bedeutung der venerischen Affektionen wird es oft am besten gelingen, abzuschrecken und die Gewissenhaftigkeit zu schärfen.

Ueber die Rolle, die dem Arzt als Belehrer seiner Kranken zukommt, bestehen keine grundsätzlichen Differenzen der Auffassung. Daß der Arzt im Einzelfalle den mangelhaften Kenntnissen seiner Patienten von der Bedeutung der Krankheit und einer leichtfertigen Unterschätzung ihrer Gefährlichkeit entgegenzutreten habe, daß er zur gewissenhaften Durchführung der Behandlung mahne, auf die möglichen und vermeidbaren Komplikationen hinweise, die Gefährlichkeit des Kranken für andere betone, die Folgen der Einschleppung in die Ehe und auch die rechtlichen Konsequenzen einer bewußten Uebertragung der Krankheit seinen Patienten klar mache, das sind Aufgaben, an denen der Arzt niemals achtlos vorbeigehen kann und denen er stets individualisierend gerecht werden soll. Mancherlei kann er noch durch eine richtige Belehrung erreichen, wo ihm die Anwendung von Zwangsmaßregeln versagt bleibt. Wie allerdings jene Aufklärung sich im einzelnen gestalte, das bleibe dem Takte des Arztes überlassen, und es bedarf für ihn nicht des Hinweises, daß er sich vernünftigerweise vor einer übertriebenen Schwarzmalerei zu hüten habe und nicht selten im Gegenteil unbegründeten pessimistischen Auffassungen der Kranken entgegentreten muß.

Die mündliche Belehrung, die der Arzt erteilt, findet ihre Erweiterung durch den Hinweis auf Druckschriften, die dem Verständnis des Patienten angepaßt sind, und die zur Zeit in Ueberfülle vorliegen. Vorsicht in der Auswahl scheint um so mehr geboten, als so mancher Kranker aus vielen jener Schriften eher Verzweiflung als den notwendigen Trost schöpfen könnte.

Kürzere gedruckte Anweisungen über das wünschenswerte Verhalten der Kranken und die Durchführung der Behandlung, Merkblätter u. dgl., die dem vielbeschäftigten Arzte lange Reden ersparen können und zugleich dem Kranken nachdrücklicher als die flüchtige mündliche Belehrung eine Richtschnur geben, haben sich vielfach, namentlich in der poliklinischen und Kassenpraxis bewährt und verdienen die allgemeine Anwendung.

Weit wichtiger noch erscheint vom Standpunkte der Prophylaxe aus die Belehrung der Gesunden. Wiederum ist auf die Verpflichtung des Individualisierens, der Vermeidung eines allzu engen Schemas hinzuweisen, um so mehr als eben diese Belehrung sich an die verschiedensten Kreise und an verschiedene Alters- und Reifestufen zu wenden hat. Diese Unterweisung aber ist keine rein ärztliche Sache, Eltern, Erzieher, Geistliche, Moralisten, in letzter Linie alle Instanzen, die auf die Erziehung und Bildung der Massen Einfluß haben, müßten sich hier beteiligen.

Welches aber sei Ziel und Richtung jener Belehrung?

Die wesentlichste Aufgabe wird den Männern gegenüber sein, vor dem Verkehr mit der Prostitution zu warnen, die Gefährdeten von diesem Verkehr zurückzuhalten. Dies geschieht zunächst durch den Appell an die sexuelle Sittlichkeit, den Versuch einer Erziehung zur Keuschheit. Der Moralist wird dabei die Gründe, die ihm der Arzt und Hygieniker entgegenbringt, nicht verschmähen, sondern im Gegenteil mit Nachdruck die gesundheitlichen Gefahren des Verkehrs mit der Prostitution betonen. Didaktische Uebertreibungen werden dabei nicht immer vermieden. Aber sicherlich läßt sich mancher, bei dem die Macht moralischer Beweismittel versagt und bei dem die ethischen und ästhetischen Hemmungen wegfallen, durch die Idee der persönlichen Gefährdung vom Verkehr mit der Prostitution zurückhalten.

Sache der Aerzte bleibt es, der tatsächlichen Erziehung zur sexuellen Selbstbeherrschung vorzuarbeiten. So haben sie vor allem zur Frage der sexuellen Belehrung der heranwachsenden Jugend Stellung zu nehmen, haben auf eine rationelle Betonung der körperlichen Ausbildung in den Schulen hinzuwirken, kurz sie sollen in einer Fülle von Erziehungsfragen mitsprechen. Gewisse benachbarte Gebiete sind gerade auch in ihrer Beziehung zu den Sexualerkrankungen zu berücksichtigen; es sei nur an die Alkoholfrage erinnert.

In seiner beruflichen Tätigkeit, in seiner Stellung als Hausarzt und Freund der Familie bleiben weiterhin dem Arzte eine Fülle intimerer Voraussetzungen, persönlichen Rat in sexuellen Dingen zu erteilen.

Aber so nachdrücklich sich auch der Arzt in den Dienst einer fortschreitenden Hebung des sexual-sittlichen Niveaus zu stellen hat, kann er sich doch nicht restlos jener moralisierenden Richtung anschließen, die glaubt, daß mit der Anerkennung der Verpflichtung zur sexuellen Abstinenz, wie ihrer physischen Durchführbarkeit eine Operationsbasis gewonnen sei, die eine Prophylaxe im Sinne der Assanierung des irregulären Geschlechtsverkehrs überflüssig oder bedenklich erscheinen lasse.

Der Arzt hat zunächst Stellung zur Frage der Durchführbarkeit der Männerkeuschheit zu nehmen.

Wenn wir dabei die Erfahrung nicht verschleiern dürfen, daß manche Männer unter der mangelnden Befriedigung ihres Sexualtriebes zu leiden haben, daß bei pathologischen und an der Grenze der Gesundheit stehenden Naturen die Enthaltsamkeit auch schwerere Erscheinungen zeitigen mag — und daß umgekehrt die sexuelle Abstinenz gar manches Mannes dem ärztlichen Blick sich nicht als Zeichen gesunder Selbstbeherrschung, sondern als das Attribut bedauernswerter Schwächen oder einer geradezu krankhaften Veranlagung entschleiert, so kann der Arzt trotzdem den Satz unterschreiben, daß der gesunde Mann im großen und ganzen wohl im

stande ist, ohne Gefährdung seiner Gesundheit und Leistungsfähigkeit abstinent zu bleiben, und daß selbst leichte nervöse Störungen, die sich etwa bei ihm einstellen mögen, an Bedeutung hinter den Folgen einer geschlechtlichen Infektion zurückstehen. Aber der Arzt hat zugleich das Recht und die Pflicht, darauf zu verweisen, daß jenes Verlangen der Abstinenz, das für eine große Anzahl von Männern nun gerade für die Zeit des lebhaftesten Geschlechtstriebes erhoben wird, keineswegs eine natürliche Forderung darstellt, sondern eine durch verwickelte Kulturverhältnisse gezeitigte Schutzmaßregel, die der natürlichen Veranlagung des Menschen Gewalt antut. Und gerade deshalb ist die Frage nach der Möglichkeit der Männerkeuschheit nur eine Vorfrage, wenn gegenüber der Macht des Geschlechtstriebes eine Erziehung zur Männerkeuschheit einsetzen soll. Entscheidend für das Verhalten des einzelnen wird die ganze Summe der Lebensbedingungen bleiben, denen er untersteht, und wenn nach Lage der Dinge keine Aussicht besteht, daß sich der prostitutionelle Geschlechtsverkehr unterdrücken ließe, so kann der Arzt und Hygieniker sich nicht bei dem Satze beruhigen, daß der Verkehr mit der Prostitution unter allen Umständen gesundheitliche Gefahren in sich birgt, sondern er wird sich über den hygienischen Wert der vorhandenen wie einer veränderten Ueberwachung der Prostituierten ein Urteil schaffen müssen. Die Stellungnahme kann sehr verschieden ausfallen, wie die endlosen Diskussionen um die Reglementierungsfrage zeigen. Aber der Arzt, der von dem hygienischen Nutzen einer Prostituiertenkontrolle überzeugt ist, wird nicht einem Abschreckungsprinzip zuliebe seine Meinung unterdrücken dürfen. Und ebensowenig kann der Arzt der Frage nach dem hygienischen Werte der persönlichen Prophylaxe des sexuellen Verkehrs aus dem Wege gehen, so sehr man auch von gewisser Seite darauf abzielt, diesen Punkt aus moralischen Gründen ganz aus der Diskusion auszuschließen oder ihn kurz damit abzutun, daß die Anwendung prophylaktischer Mittel doppelt verwerflich sei, weil sie doch keine Zuverlässigkeit besäßen. Es ist einem Teil jener Mittel eine mehr oder minder große hygienische Schutzkraft gar nicht abzusprechen, und in dem Maße, in dem die behördliche Ueberwachung der Prostituierten versagt, gewinnt diese persönliche Prophylaxe an Bedeutung. Der Arzt wird unter Umständen direkt verpflichtet sein, dieser Ansicht seinem Klienten gegenüber Ausdruck zu geben. Aber selbstverständlich soll von einer ins Detail gehenden öffentlichen Besprechung solcher Dinge nicht die Rede sein. Wenn man sich von öffentlichen Vorträgen eine wesentliche Förderung des Erfolges im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten verspricht, so soll man nicht vergessen, daß diese Belehrung, sobald sie die Frage der Kampfmittel anschneidet, Bedenklichkeiten erwecken kann. Unter allen Umständen scheint mir der Arzt die belehrenden Aufgaben, die ihm erwachsen, besser und wirksamer dem einzelnen gegenüber erfüllen zu können, der bei ihm Rat sucht, als im Dienste einer öffentlichen Propaganda.

Historisches.

Die nächsten Voraussetzungen für jeden Versuch einer gesundheitlichen Ueberwachung der Prostituierten liegen in der Kenntnis der

venerischen Affektionen und in der Würdigung ihrer Bedeutung wie der beherrschenden Rolle, die der Prostitution als Vermittlerin jener Erkrankungen zukommt, weiterhin in dem Standpunkt, daß die Prostitution unmöglich zu unterdrücken sei und so wenigstens unter bestimmten Voraussetzungen ihre Anerkennung erzwinge, daß aber eine fortlaufende Kontrolle des Gesundheitszustandes solcher Prostituierter die Ausschaltung kranker Elemente ermögliche und damit ein erfolgreiches Mittel im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten liefere. Das System der Reglementierung, das in Deutschland und anderen Ländern herrscht, möchte jenen wesentlichen Zweck erreichen. Zunächst sei eine kurze Schilderung der Entwickelung gegeben, die schließlich in der Aufstellung der modernen Reglementierungssysteme gipfelte. Ihre Anfänge liegen nicht allzu weit zurück.

Es ist allerdings mehr als wahrscheinlich, daß sowohl die alten orientalischen Völker wie die Griechen und Römer (speziell in der Verfallzeit) Kenntnis von Krankheiten hatten, die durch den Geschlechtsverkehr übertragen werden, sowie von der Rolle, die gerade die gewerbliche Prostitution in diesem Zusammenhang spielte. PROKSCH kommt in seinem klassischen Buche zu dem Resultate, daß den Alten nicht nur die Existenz geschlechtlicher Erkrankungen der Weiber, sondern auch die Uebertragung gewisser Krankheiten durch den Coitus außerhalb und innerhalb von Bordellen gar wohl bekannt war.

Auch das Mittelalter besaß entsprechende Kenntnisse. Daß der Verkehr mit unreinen, schändlichen Weibern zu Ansteckungen führe, wird von GUILIELMO SALICETTI, MICHAEL SCOTUS u. a. direkt betont. Auch ergeben sich Anfänge einer Prophylaxe. Es fehlt nicht an Ratschlägen, wie man sich nach einem verdächtigen Beischlafe durch Waschungen, zu denen verschiedene Mittel empfohlen wurden, vor der Ansteckung schütze. Aber auch die Spuren einer sozialen Prophylaxe sind zu finden. Bei der Organisation der Prostitution, der zunftmäßigen Ausgestaltung derselben mit Rechten und Pflichten, wäre es auch im höchsten Grade verwunderlich gewesen, wenn nicht die Kenntnis der gesundheitlichen Gefahr, die von der Prostitution ausgehen konnte, verwertet worden wäre. Verschiedene Bordellordnungen sind angeführt worden, die solche Kenntnisse widerspiegeln. Wohl die älteste hat W. BECKETT (1718) mitgeteilt. Sie ist im Jahre 1162 von dem Bischof von Winchester erlassen und befiehlt unter anderem, daß kein Hurenwirt eine Frauensperson in seinem Hause halte, die mit der gefährlichen Krankheit des Brennens behaftet sei (the perilous infirmity of burning). Der Gesamtinhalt der betreffenden Verordnung läßt sie übrigens nur als die Erneuerung weit älterer Befehle erscheinen. Eine von BECKETT gefundene Originalhandschrift aus dem Jahre 1430 erweitert die Vorschrift folgendermaßen: Item, daß kein Hurenwirt eine Weibsperson in seinem Hause behalte, welche die Krankheit des Brennens (Brenning) hat, sondern daß er sie hinwegschaffe bei Strafe einer Geldbuße von hundert Schillingen an den Herrn (Uebersetzung von G. C. REICH, 1793).

Ob unter „Burning" oder „Brenning" der Tripper oder überhaupt jede Krankheit gemeint war, die in den Bordellen durch Ansteckung erworben werden konnte, braucht uns in diesem Zusammenhang nicht weiter zu interessieren.

ASTRUC teilt weiter als erster ein vielzitiertes Prostitutionsreglement mit, das Johanna I., Königin beider Sicilien und Gräfin

der Provence, unter dem 8. August 1347 für die Bordelle der Stadt Avignon erlassen haben soll, und dessen 4. Abschnitt besagt: „Der Königin Wille ist anbei noch, daß an jedem Sonnabend die Vorsteherin und ein vom Rate bestimmter Wundarzt alle Freudenmädchen, die sich im Bordelle befinden, untersuchen soll; und wenn sich unter diesen eine findet, die mit einem dem Beischlaf entstammenden Uebel behaftet ist, so soll sie von den übrigen abgesondert werden und getrennt von ihnen wohnen, damit sich niemand ihr nähere und so verhindert werde, daß die jungen Leute sich ansteckten."

Die Echtheit dieser Verordnung ist allerdings bestritten worden (Yvaren).

Das Rechnungsbuch der Stadt Frankfurt a. M. enthält im Jahre 1354 einen Posten für die gesundheitliche Visitation einer unreinen „gemeinen" Frau. Ein Rückschluß darauf, daß etwa zu jener Zeit regelmäßige Untersuchungen der Dirnen in Frankfurt stattgefunden hätten, ist nicht gestattet.

Dagegen verweist Desruelles (1836) folgendermaßen auf eine Straßburger Bordellordnung vom Jahre 1388: „En 1388, à Straßbourg, un réglement des magistrats prescrivait aux femmes publiques de ne sortir de leur maison que la tête couverte d'un voile sur lequel serait posé un chapeau noir et blanc, d'une forme semblable à celle de nos pains de sucre. . . . Ces réglements ne se bornaient pas à indiquer les heures, pendant lesquelles il était permis à ces femmes de se livrer à leur métier; ils ordonnaient aussi aux matrones de surveiller, et même d'interdire celles qui avaient du mal, afin d'empêcher qu'il ne se communiquât à ceux qui les fréquentaient."

In Ulm wurden im 15. Jahrhundert die Dirnen regelmäßig durch die Hebammen untersucht, und ein Züricher Prostitutionsgesetz vom Jahre 1413, wie die Luzerner Verordnungen seit 1469 enthalten ebenfalls ärztliche Maßnahmen.

Proksch meint sogar, daß im Mittelalter die Sanitätspolizei der meisten Länder des Occidents prophylaktisch gegen die Geschlechtskrankheiten vorging, indem sie teils die Bordelle beaufsichtigte, die Insassinnen regelmäßig ärztlich oder auch nur durch die Wirtinnen untersuchen ließ und Infizierte absonderte, teils auch, indem sie die Uebertragung venerischer Krankheiten bestrafte.

Somit ergeben sich im Mittelalter Anfänge einer sozialen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, obwohl zweifellos die Oeffentlichkeit diesen Erkrankungen nur eine untergeordnete Beachtung schenkte, die gewaltig gegen die Berücksichtigung zurücktrat, die andere Seuchen, wie Pest und Lepra, für sich beanspruchen konnten. Dabei gewähren uns jene Maßnahmen kein tieferes Interesse mit Rücksicht auf die moderne Reglementierung. Denn erstens tritt bei ihnen die Frage der Heilung der Dirnen fast ganz in den Hintergrund, vor allem aber ist die moderne Ueberwachung der Prostitution entstanden wesentlich im Interesse der Bekämpfung der Syphilis, und ohne daß wir an dieser Stelle genauer auf die Streitfrage nach dem Alter dieser Krankheit in Europa genauer einzugehen brauchen, können wir uns an den Satz halten, daß zum mindesten kein vollwertiger Beweis für die Existenz der Syphilis im mittelalterlichen Europa vorliegt.

Dagegen sollte man wohl meinen, daß die fürchterlichen Verheerungen, welche die Syphilis im Beginne der Neuzeit in Europa anrichtete, die Frage nach besonderen Präventivmaßregeln und speziell

nach der Ueberwachung der Prostituierten in Fluß gebracht hätte, nachdem einmal die Erkenntnis feststand, es handle sich um eine ansteckende Krankheit, die in den meisten Fällen durch den Beischlaf erworben wird.

Es fehlte auch keineswegs an beachtenswerten Vorschlägen. GASPAR TORELLA, zugleich Bischof und päpstlicher Leibarzt, entwickelt 1500 auf die Frage, wie die Syphilis auszurotten sei, folgende Ansicht: „Praesides ut summus pontifex, imperator, reges, atque alii domini instituant matronas, quae perquirant in primis publicas mulieres, et si eas infectas invenerint, relegant eas ad locum a communitate seu a domino destinatum, ibique curentur a medico seu chirurgo deputato, et hoc modo infallibiliter exstirpabitur morbus iste.“ Und DIAZ DE ISLA versichert, daß bei strenger Ausübung der Polizei die Krankheit verschwinden würde. Die Behörden sollten in jeder Stadt einen Chirurgen ernennen, der bei hinreichenden Kenntnissen sich eines guten Rufes erfreue; es solle dann ein Privathaus eingerichtet oder ein Hospital gegründet werden, um darin die Infizierten zu heilen. Sobald man die Wohnung eines öffentlichen Frauenzimmers erfahren, soll man dieses untersuchen und im Krankheitsfalle zwangsweise in das Hospital bringen, das sie vor ihrer vollkommenen Heilung nicht verlassen dürfe. Alle Freudenmädchen sollten ein Abzeichen tragen und außerdem einen Gesundheitsschein bei sich führen müssen, ohne den sie an jedem beliebigen Orte festgenommen werden dürften. Die Gastwirte sollten keine Dienstboten ohne Gesundheitsschein aufnehmen, und es müßten Gasthäuser, Kneipen und andere öffentliche Orte, in denen viel Verkehr stattfindet, beaufsichtigt werden, um zu erfahren, ob die Dienstboten ihren Gesundheitsschein in Ordnung hätten.

Tatsächlich erfüllte jene Zeit wenigstens bis zu einem gewissen Grade die Forderungen einer öffentlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, wenn auch zum Teil mit recht verfehlten Mitteln. Wir hören von einer Vertreibung der Geschlechtskranken oder bestenfalls von ihrer Sequestration in „Franzosenhäusern“ oder in Hütten vor den Mauern der Städte, aber nur gelegentlich von der Einrichtung von Hospitälern. Ferner wurde eine Ueberwachung von Rasier- und Badestuben eingeführt, und auch von speziellen, die Prostituierten betreffenden Verordnungen ist die Rede, wie in einem Erlaß aus Faenza, datiert vom 31. April 1497, wonach Prostituierte, die sich einem syphilitischen Manne hingäben oder, selbst mit der Krankheit behaftet, ihrem Gewerbe nachgingen, gebrandmarkt werden sollten.

Es scheint, daß bald die Bemühungen verstummten, durch öffentliche Maßnahmen und speziell durch solche, die sich auf die Prostitution bezogen, die Krankheit zu bekämpfen. Die Syphilis galt in wachsendem Maße als infamierend, der Satz, daß die geschlechtliche Enthaltsamkeit den besten Schutz gegen venerische Ansteckung darbiete (der alleralbernste Ratschlag, wie PROKSCH sagt), wurde immer mehr betont, die Krankheit machte nicht mehr den furchtbaren seuchenartigen Eindruck, der Verkehr mit der Prostitution überhaupt war von der Moral verpönt. Bestrebungen, die Bordelle zu unterdrücken, traten immer stärker hervor. Trotzdem hatte man sich mit den Prostituierten abzufinden und konnte ihre Erkrankungen nicht mehr ignorieren. Von einer ärztlichen Ueberwachung der Dirnen unter besonderen Voraussetzungen erzählt ANDRÉAS DE LEON, der Leibarzt Philipps II. von Spanien: Herzog Alba habe ihm aufgetragen, als er in Portugal ein-

rückte, wo die Syphilis furchtbar grassierte, alle 8 Tage die Frauenzimmer zu untersuchen; ferner habe der Herzog ein Edikt erlassen, daß jedes Frauenzimmer, das sich nicht ärztlich ausweisen könne, mit 200 Rutenhieben bestraft und vom Heere weggejagt werden solle. Von anderweitigen derartigen Untersuchungen im 17. Jahrhundert ist nichts bekannt geworden. Allmählich aber wurde die Frage für die Städte von Bedeutung. So führte im Jahre 1700 die Stadt Berlin die ärztliche Untersuchung der öffentlichen Dirnen durch ein Bordellreglement ein, das als interessantes Dokument hier angeführt werden möge. Es blieb 92 Jahre lang in Geltung.

Berliner Bordellreglement vom Jahre 1700.

§ 1. Gesetzlich erlaubt ist diese Wirtschaft freilich nicht, sie wird aber nur als notwendiges Uebel geduldet.

§ 2. Jeder Wirt ist verpflichtet, sobald ein Mädchen von ihm geht, es einem Viertelkommissarius zu melden; ebenso wenn er ein neues erhält.

§ 3. Kein Wirt darf mehr Mädchen in seinem Hause halten, als in seinem Kontrakte stehen.

§ 4. Nur alsdann kann er neue Kandidatinnen aufnehmen, wenn eine Stelle bei ihm offen ist.

§ 5. Die Gesundheit der Schwärmer sowohl als auch der Mädchen selbst zu erhalten, muß in jedem Viertel alle 14 Tage ein dazu bestellter Chirurgus forensis alle Mädchen dieser Art in seinem Viertel visitieren.

§ 6. Jedes Mädchen muß ihm für seine Bemühung zwei Groschen geben.

§ 7. Der Chirurgus ist verpflichtet, bei der geringsten Unreinlichkeit, die er wahrnimmt, dem Wirte anzudeuten, daß das Mädchen auf ihrer Stube bleiben soll.

§ 8. Dieser Anzeige muß der Wirt genau und pünktlich nachleben, widrigenfalls muß er die Kosten der ganzen Krankheit tragen, die man von einem seiner Mädchen geerbt zu haben nachweisen kann.

§ 9. Ist das Mädchen schon so weit infiziert, daß sie durch bloße äußere Reinigung und Enthaltsamkeit nicht kuriert werden kann, so schicke sie der Chirurgus in das Hospital der Charité, wo sie auf dem Pavillon unentgeltlich verpflegt wird.

§ 10. Die Schulden des Mädchens müssen bezahlt werden, wenn ein Wirt sie von dem anderen auslöset.

§ 11. Eben dieses gilt auch, wenn sie selbst für sich wirtschaften wollen.

§ 12. Will aber das Mädchen diese Lebensart ganz verlassen, und Dienst suchen, so wird sie, wenn ihrer Schulden wegen Klage bei dem Richter einläuft, von der Schuld losgesprochen.

§ 13. Kein Wirt soll für ein Mädchen, welches er von einem anderen auslöset, mehr als 4—5 Taler bezahlen.

§ 14. Jeder Wirt, welcher Musik hält, muß wegen seinen Musikanten jährlich 6 Groschen für die Erlaubnis, daß sie bei ihm spielen dürfen, bezahlen. Das dafür einkommende Geld ist zum Nutzen der Armenanstalten bestimmt.

Der 11. Paragraph dieses Reglements beweist, daß schon damals die Polizei in Berlin gewissen Dirnen die Erlaubnis erteilt hatte, einzeln zu wohnen (sog. „Einspännerinnen").

Behrend fragt sich, wieso es käme, daß das sanitäre Moment in der Prostitutionsfrage so spät erst Geltung gewann, wo doch die Syphilis sich schon um mehr als $1^1/_2$ Jahrhundert über Europa verbreitet hätte, und daß bis 1700 nur von Verfolgungen oder polizeilichen Maßregelungen der Prostituierten in Berlin die Rede war. Der höchst mangelhafte Zustand des früheren Medizinalwesens, der dreißigjährige Krieg, die späte Regeneration der Gesellschaft nach Beendigung der Wirren liefern ihm eine genügende Erklärung.

Aber auch im 18. Jahrhundert wird die sanitäre Gefahr, die von den Prostituierten ausgeht, behördlicherweise bei weitem noch nicht überall gewürdigt. Wir hören beispielsweise, daß in Frankfurt a. M. bis in das letzte Viertel des 18. Jahrhunderts keine regelmäßige ärzt-

liche Kontrolle, sondern nur eine Untersuchung von Fall zu Fall stattfand. Aber dabei wird mitgeteilt, daß ein Bordellwirt, der als gelernter Chirurgus seine Dirnen selbst untersuchte, großen Zuspruch gewann, weil man in seinem Hause keine Ansteckungen zu befürchten hatte.

Daß ein Interesse an dem Gesundheitszustande der Prostituierten von einzelnen Einsichtigen betont wurde, zeigen besonders Vorschläge, die gelegentlich von Aerzten ausgingen, wie JOSEPH KOTNIGS Forderungen, die auf Errichtung von Bordellen und genaue Untersuchung der Insassinnen wie ihrer Besucher und auf Unterdrückung der „Winkelhurerei“ abzielten. Vor allem aber ist JOHANN PETER FRANKS „System einer vollständigen medizinischen Polizey“ zu nennen. Er hält es bei der gewissen Unmöglichkeit, das Hurenleben ganz zu vertilgen, für besser, demselben gewisse Schranken anzuweisen und die Polizei dafür sorgen zu lassen, daß diese so selten als möglich überschritten würden. Ein weitaus größeres Uebel als die überwachte Prostitution ist ihm die geheime „Winkelhurerei“. Er tritt für die Errichtung polizeilich überwachter Bordelle in großen und üppigen Städten ein, wie für eine schonungslose Verfolgung der geheimen Prostitution. „Allerdings müsse durch ein überwachtes Bordell, wenn man auch seine Notwendigkeit in sehr volkreichen Orten, in großen See- und Handelsstädten anerkennen wollte, entweder aller Anlaß zur Winkelhurerei und die mehrste Gelegenheit zur Ansteckung mit der Liebesseuche gehoben werden, oder die Polizei wird durch dessen Administration nur zur privilegierten Kupplerin. Alle Einwürfe, die man gegen die Ausschweifungen mit öffentlichen Weibsbildern mit größtem Rechte machen kann, treffen ein sog. Hurenhaus doppelt, wenn es nicht möglich sein sollte, ein solches zu einem ausschließenden Mittel weit beträchtlicherer Uebel im Staate zu machen.“

FRANK verlangt, daß alle von dem venerischen Uebel kennbarlich angesteckten Manns- und Weibspersonen durch genauere Obsicht und vorgenommene Untersuchung von allem Umgang miteinander so lange abgehalten würden, bis dieselben durch eine gänzliche Herstellung, wegen zu befürchtender Folgen auf sie selbst und auf die Früchte ihres Umgangs alle mögliche Sicherheit zu geben im stande seien. Durch die Ueberwachung werde aber erreicht, „daß die venerische Krankheit sobald als möglich an den öffentlichen Dirnen erkennet und in ihrem ersten Anfange durch eine schickliche Heilart sogleich wieder ersticket würde“. Aber nicht minder wichtig erscheint FRANK die Verpflichtung der Polizei, die Zahl der liederlichen Weiber überall zu vermindern, und endlich müssen nach seiner Ansicht in jeder etwas bevölkerten Stadt „gewisse Zufluchtsörter für diejenigen errichtet werden, welche sich mit dem venerischen Uebel befallen finden und die Mittel nicht haben, sich davon heilen zu lassen. Die größte Verschwiegenheit muß über die Zustände, welche daselbst vorkommen, beobachtet werden, damit niemand, aus Furcht vor einem üblen Namen, seine Krankheit verhehle, damit länger im gemeinen Wesen herumwandele und andere anstecke. Doch müssen die Aerzte angewiesen werden, die angesteckten Dirnen zu warnen, fernerhin und besonders bis zu ihrer gänzlichen Heilung Umgang mit jemand zu pflegen; und wenn sie dergleichen Personen an verdächtigen Orten in Gesellschaft der Jugend sehen oder antreffen sollten, in der Stille deswegen die Polizei zu

warnen, da unmöglich zum Nachteil des gemeinen Wesens aus einer Privatsache ein Geheimnis zum Vorteile des Lasters zu machen ist."

Franks Bekämpfungsvorschläge zielen also vor allem, wenn auch nicht ausschließlich, auf eine Reglementierung der Prostitution ab. Durch Befolgung seiner Vorschläge würden „eben diese von der bürgerlichen Gesellschaft abgesonderten öffentlichen Dirnen durch die genaueste Aufsicht, bei der geringsten Bemerkung einer vorangegangenen Ansteckung, sicher verwahret und bis zur gänzlichen Wiederherstellung ihrer Gesundheit in die Unmöglichkeit versetzt, das ererbte Gift im gemeinen Wesen weiter auszubreiten".

Erst das 19. Jahrhundert zeigt uns fast in allen Staaten Europas eine öffentliche ärztliche Kontrolle der Prostitution. Sie hat als Muster das Pariser System benützt oder bestehenden Einrichtungen angepaßt — und es lohnt sich wohl, zurückzugreifen und kurz zu schildern, welche Voraussetzungen und Umstände dieses System gezeitigt hatten.

Das älteste Dokument, das die Anwesenheit der Syphilis in Paris bezeugt, ist ein „Réglement" des Parlaments bezüglich der Kranken, die an der „grosse vérole" litten, datiert vom 6. März 1496 oder 1497. Kraft dieser Verordnung sollten alle Fremden, die mit der Krankheit behaftet wären, in ihre Heimat zurückkehren, von den Einheimischen aber sollten diejenigen, die sich zu Hause verpflegen könnten, ihre Wohnungen nicht mehr verlassen, die Armen aber sich in ein Haus zurückziehen, das man ihnen bauen wollte. Dieses Gebäude sollte aber nur für die Männer bestimmt sein; man versprach wohl, später ein anderes Haus auch für die Frauen einzurichten, aber nichts spricht dafür, daß dieser Plan ausgeführt worden wäre, und in den jahrzehntelangen Kämpfen, die sich um die Frage entspannen, wie man den Venerischen, die man in den allgemeinen Spitälern nicht dulden wollte, genügende Hilfe verschaffen könnte, ist von den Frauen und speziell von den Prostituierten nicht mehr die Rede. Vielleicht hielt man eine Behandlung der letzteren überhaupt für unnötig, weil man glanbte, die mittelalterlichen Versuche einer gänzlichen Unterdrückung der Prostitution wiederholen zu können. Ein solcher Versuch fand 1560 in Frankreich statt, und eine entsprechende Pariser Ordonnance aus dem Jahre 1565 ist noch 1619 erneuert worden.

Erst 1657 unter Ludwig XIV. findet sich die erste Andeutung dafür, daß man der Syphilis der Prostituierten Beachtung schenkte. Die Salpêtrière war als Gefängnis für Weiber erbaut worden, die öffentliche und ärgerniserregende Prostitution trieben, und man richtete 1658 eine Untersuchung ein, die den Eintritt venerischer Weiber in die Salpêtrière hindern sollte. Welchen Wert diese Untersuchung haben konnte, zeigt die Bestimmung, daß der Chirurg nur autorisiert war, solche Weiber zu untersuchen, die im Gesichte wahrscheinliche Zeichen der Krankheit trügen. Tatsächlich kamen kranke Weiber in großen Mengen in das Gefängnis, und man sah sich genötigt, Aushilfsmaßregeln für die Behandlung der syphilitischen Gefangenen zu suchen. 1683 bestand — im Widerspruch mit den Bestimmungen — in der Salpêtrière ein besonderes Zimmer zur Heilung syphilitischer Prostituierten. 1684 ist in der berühmten „Ordonnance royale pour la répression de la prostitution" Ludwigs XIV. nicht nur von einem Gefängnisse für die Prostituierten die Rede, sondern auch von einem Hospital zur Bestrafung und Behandlung der Mädchen. Ein solches

Spital existierte aber nicht, die sanitären Mißstände waren derart gewachsen, daß endlich 1691 die kranken Prostituierten aus der Salpêtrière nach dem Hôpital Bicêtre überführt wurden.

Damit war ein entsetzliches Provisorium geschaffen, das ein Jahrhundert dauerte. Nur die Schwerkranken wurden in das Spital geschickt, das den Insassinnen abscheuliche Unterkunftsräume bot. Die selbstverständlichsten Forderungen der Hygiene waren hier nicht erfüllt. Es mangelte an Platz (8 Kranke lagen in einem Bette), die größte Unsauberkeit herrschte in den dunklen, nicht ventilierten Räumen, die Verköstigung war erbärmlich, die Art der übertriebenen Quecksilberkur fürchterlich. Dabei lagen Prostituierte aus der Stadt, wie solche, die aus der Salpêtrière kamen, auf demselben Saale zusammen mit verheirateten Frauen, Ammen und jungen Mädchen. Trotz entsetzlicher Schilderungen, die mehrfach über die Zustände in Bicêtre an die Oeffentlichkeit drangen, blieb es erst der konstituierenden Nationalversammlung 1792 vorbehalten, die Ueberführung der Venerischen aus jenem Orte des Schreckens nach dem Hôpital du Midi anzuordnen, das den Voraussetzungen eines Krankenhauses entsprechen konnte.

Die Schwierigkeiten, die der Polizei aus dem Treiben der Dirnen an der Oeffentlichkeit erwuchsen, veranlaßte 1765 das Projekt einer allgemeinen Inskription der Dirnen, wie sie damals schon in Rom, Neapel und anderen italienischen Städten bestand; der 1771 erfolgte Vorschlag aber, im Zusammenhang mit der Inskription den Gesundheitszustand der Dirnen zu überwachen, wurde als ein unerfüllbarer Traum zurückgewiesen. Als die Revolution ausbrach, bestand eine rein polizeiliche Einschreibung der Prostituierten, die im Jahre 1796 wieder aufgenommen wurde. Erst nach mancherlei Umänderungen und Versuchen erlangte 1828 dieses System der Inskription, das der unvermeidlichen Unordnung im Gefolge der Prostitution entgegenarbeiten sollte, seine definitive Gestalt.

Projekte einer gesundheitlichen Kontrolle der Prostituierten waren im 18. Jahrhundert mehrfach aufgetaucht. So machte 1762 ein gewisser AULAS den Vorschlag, die Bordellinhaberinnen sollten für den Gesundheitszustand der Mädchen verantwortlich gemacht werden. Alle Dirnen seien fortlaufenden Untersuchungen zu unterwerfen, die von Polizeiärzten auszuführen wären. Und 1770 stellte der radikale RESTIF DE LA BRETONNE noch weitergehende Forderungen: jeden Morgen sollten die Dirnen von weiblichen Personen aus den Reihen der alten Prostituierten untersucht werden, dazu hätte zweimal wöchentlich eine genaue ärztliche Visite stattzufinden. Ferner verlangte RESTIF DE LA BRETONNE regelmäßige Kontrolle der Soldaten; auch solle kein Fremder Frankreich betreten dürfen, der nicht an der Grenze untersucht und frei von Geschlechtskrankheit befunden wäre.

Endlich wurden 1791 gesetzlich schwere Strafen gegen die Prostituierten festgelegt, die nicht Garantien für ihre Gesundheit böten. Aber dieses Gesetz gelangte nie zur Ausführung. 1798 tauchte der Gedanke einer ärztlichen Ueberwachung der Prostituierten wieder auf. Das neugegründete Bureau des mœurs wurde mit Klagen über den schlechten Gesundheitszustand der Prostituierten überschüttet, und zwar suchten die Bordellbesitzerinnen selbst die Hilfe der Behörden gegen die unbegreifliche Sorglosigkeit, die ihre Dirnen den Geschlechtskrankheiten gegenüber zeigten. Es folgte eine Zeit unzulänglicher Versuche einer ärztlichen Kontrolle, die mancherlei Mißbräuche mit

sich brachten, bis schließlich die definitive Organisation des „Dispensaire de salubrité“ in den zwanziger Jahren eine dauernde Einrichtung schuf, die, der Polizeipräfektur unterstellt, eine regelmäßige Untersuchung der Dirnen durch Polizeiärzte übernahm.

Diese ärztliche Kontrolle hatte aber nur Wert, wenn sie die Behandlung und Heilung der als krank erkannten Dirnen veranlaßte. In den Revolutionsjahren waren Prostituierte nur freiwillig ins Hôpital du Midi gekommen, wo sie unterschiedlos mit den anderen Frauen zusammen behandelt wurden; später wurden sie zwangsweise eingewiesen, aber erst 1811 erfolgte die Einrichtung einer Spezialabteilung für Prostituierte. Neue Schwierigkeiten erwuchsen, als die Invasion der Verbündeten 1815 nicht nur zu einem besonderen Konflux geschlechtskranker Prostituierter in Paris führte, sondern diesen auch ihre Spitalsabteilung wegnahm, die damals mit preußischen Truppen belegt wurde. Die Notwendigkeit, die Prostituierten anderweitig in einem öffentlichen Spitale unterzubringen, rief den Protest der Hospitalverwaltung hervor, die von der Behandlung und Ueberwachung der polizeilichen Dirnen befreit werden wollte. Von größtem Interesse sind die Argumente, mit denen damals der Polizeipräfekt die Verbringung der Prostituierten in ein öffentliches Spital rechtfertigen wollte: die Krankenhäuser hätten die Verpflichtung, Patienten aufzunehmen, die sich zu Hause nicht verpflegen könnten, sie hätten die Frage einer eventuellen Schuld des Hilfesuchenden nicht in Betracht zu ziehen, sondern nur darauf zu sehen, daß sie einen kranken, heilungsbedürftigen Menschen vor sich haben, die Pflichten der Polizei andererseits hätten sich der Prostitution gegenüber darauf zu beschränken, die Störung erregenden Elemente ins Gefängnis zu bringen, diejenigen aber, die für die öffentliche Gesundheit gefährlich wären, in ein Spital; und es widerspräche allen Regeln einer guten Verwaltung, unter demselben Dache zwei so verschiedene Einrichtungen wie ein Spital und ein Gefängnis zu vereinen. Eine solche Maßregel reihe eine Krankheit, von der die Betroffene unabhängig von der Persönlichkeit in Ausübung eines Gewerbes und ungern befallen worden sei, den Uebertretungen polizeilicher Vorschriften und strafbaren Handlungen an. Es läge im Interesse der Sitten wie der allgemeinen Gesundheit, daß die Prostituierten das Gefängnis fürchten, dagegen ins Spital ohne Widerstreben oder sogar gerne gingen. Die venerischen Prostituierten seien nicht aus irgend welchen strafbaren Voraussetzungen, sondern nur zur Behandlung ins Spital geschickt, sie seien dort nicht gefangen (détenues), sondern nur bis zur Heilung aufgehoben (consignées), was auch in anderen Spitälern bei Krankheiten geschähe, die der Gesellschaft weniger gefährlich seien.

Der Kampf zwischen Polizei und Spitalverwaltung endete damit, daß 1835 in dem Gefängnisse St. Lazare eine spezielle Krankenhausabteilung zur zwangsweisen Behandlung der gewerbsmäßigen Prostituierten gegründet wurde. Zugleich richtete man das Hôpital de Lourcine für die „femmes du civil“ ein, die sich wesentlich aus geheimen Prostituierten zusammensetzten.

Damit war die Entwickelung eines Systems der Reglementierung vollendet, das Dirnen, welche die gewerbsmäßige Prostitution ausüben, auf Grund ihrer freiwilligen Erklärung oder zwangsweise, nachdem sie der Ausübung ihres Gewerbes überführt sind, in spezielle Listen einträgt, und damit einer ständigen polizeilichen Ueberwachung

unterstellt, die vor allem den Dirnen eine Reihe von Beschränkungen und Verhaltungsmaßregeln im Interesse der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes auferlegt. Daneben aber unterwirft die Inskription die Prostituierten der Verpflichtung, sich regelmäßig von Polizeiärzten untersuchen zu lassen und sich im Falle der Erkrankung einer Zwangsbehandlung zu unterwerfen. Die Ueberwachung der Prostituierten in der Form, die wir demnach heute in einer großen Anzahl europäischer Länder finden, blickt also keineswegs auf eine lange Geschichte zurück. Sie hat dabei weder allgemeinen Eingang gefunden, noch in allen Ländern, in denen sie eingeführt wurde, sich dauernd erhalten können. Denn die prinzipiellen Einwände gegen das System gelangten nicht nur zum theoretischen Ausdruck, sondern sie haben zu einer praktisch wirksamen Reaktion gegen die Reglementierung geführt.

Sie wurde durch den Versuch einer teilweisen Reglementierung ausgelöst, den England in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts machte. Die bedenkliche Verbreitung der venerischen Krankheiten in der englischen Armee gab Veranlassung, daß durch ein Gesetz, die sogenannte Contagious diseases Act, zunächst im Jahre 1864 für die Dauer von 3 Jahren in 11 Hafen- und Garnisonstädten Englands die Prostituierten einer periodischen Untersuchung und im Krankheitsfalle der Behandlung unterstellt wurden. Diese Reglementierung wurde in den folgenden Jahren noch auf 3 andere Städte ausgedehnt. Es wurden fast nur Dirnen kontrolliert, die sich freiwillig stellten. Aber die Maßregel weckte großen Widerstand, speziell seitens humanitärer Institutionen, die sich die Aufgabe gestellt hatten, gefallene Mädchen wieder einem anständigen Leben zuzuführen, und im Jahre 1875 gelang es den energischen Bemühungen der Miss Butler, eine internationale Liga (die Fédération britannique continentale et générale) zu gründen, die den Zweck verfolgt, die Prostitution als legale oder geduldete Einrichtung aufzuheben. Es ist dieser abolitionistischen Bewegung zunächst gelungen, in England die Authebung jener Act 1883 teilweise und 1886 gänzlich durchzusetzen. Dabei ist zu betonen, daß die Aufhebung keineswegs aus der Erkenntnis der hygienischen Unwirksamkeit jener Maßregel heraus erfolgte. Hatte doch noch eine im Jahre 1879 ernannte Kommission, die 3 Jahre lang die Frage untersuchte, sich in ihrer Majorität für die Reglementierung ausgesprochen. Ihre Beseitigung war vielmehr die Frucht humanitärer Bestrebungen und politischer Voraussetzungen. Dasselbe gilt überall da, wo späterhin der Abolitionismus Erfolge und Einfluß auf die Aufhebung der Prostituiertenkontrolle errungen hat.

Aber der Abolitionismus führt auch hygienische Gründe ins Feld und sucht nicht nur zu beweisen, daß der hygienische Nutzen einer Ueberwachung der Prostituierten, möchte er noch so groß sein, durch eine Fülle von moralischen Schäden aufgewogen wird, die jener Einrichtung unabwendbar anhaften müßten, sondern er stellt selbst den direkten hygienischen Wert des Systems als fraglich hin oder findet, daß ein solcher überhaupt nicht existiert. Und wir müssen diesem Einwurf recht geben. Ob die alte Reglementierung nach Form und Inhalt nicht mehr in unsere Zeit passe, das zu untersuchen, ist nicht die nächste Aufgabe des Hygienikers. Wohl aber müssen wir von vornherein sagen, daß dieses System, so wie es noch jetzt gehandhabt wird, den modernen medizinischen Ansprüchen nicht genügen

kann. Kein Vernünftiger würde eine praktische Vollkommenheit der Reglementierung voraussetzen oder verlangen. Aber sie erfüllt nicht einmal im Groben die Voraussetzung, daß die tatsächliche Ausführung der Kontrolle unsere Kenntnisse von den übertragbaren Geschlechtskrankheiten genügend berücksichtigte und die nötigen Konsequenzen aus ihnen zöge.

Von unserem Ueberwachungssystem, in dem die ärztliche Kontrolle mit polizeilich-administrativen Maßregeln verquickt und in der Ausführung von ihnen in der Regel überwuchert erscheint, konnte man zur Zeit seiner Einführung wohl erwarten, daß es seine hygienischen Zwecke erreichte. Ganz abgesehen von der geringeren Fluktuation der Prostituierten, die eine fortlaufende Kontrolle eher ermöglichte, mußte der medizinisch-wissenschaftlichen Anschauung jener Tage die Ausschaltung der ansteckungsfähigen Dirnen leicht erscheinen.

Wichtig für die Beurteilung ist uns der Standpunkt, der sich beispielsweise noch in den Vorschlägen zur Einschränkung und Verminderung der Syphilis in Berlin kundgibt, die Behrend im März 1849 dem preußischen Minister v. Ladenberg einreichte.

Behrend hebt dort einige die Natur der Syphilis betreffende Punkte hervor, die „die Wissenschaft entschieden anerkannt hat.“

1) Der Ausdruck „venerische Krankheit“ ist ein Kollektivbegriff und bezeichnet alle durch geschlechtliche Vermischung erzeugten Krankheiten. Sie zerfallen aber in zwei große Abteilungen:
a) die giftigen venerischen Uebel;
b) die nicht-giftigen.
Erstere allein werden, genau genommen, mit dem Ausdrucke Syphilis bezeichnet.

2) Die nicht-giftigen venerischen Uebel (Tripper, weißer Fluß, Epididymitis, Balanitis u. s. w.), örtlich, sind durch direkten Kontakt übertragbar, indem das scharfe Sekret, auf eine gesunde Schleimhaut übertragen, diese in Entzündung und krankhafte Absonderung versetzt, aber es folgen keine spezifischen allgemeinen Erscheinungen, da ihnen kein besonderer Giftstoff zu Grunde liegt. Sie bedürfen daher auch keiner spezifischen, entgiftenden Behandlung. Sie bleiben rein örtlich, können aber bei unziemlichem Verhalten, bei Vernachlässigung oder schlechter ungeschickter Behandlung örtlich sehr ausarten und zu Zerstörungen, Verstümmelungen und selbst zum Tode führen.

3) Die giftigen venerischen Krankheiten oder die eigentlichen syphilitischen Uebel beruhen auf einem eigentümlichen, nur beim Menschen vorkommenden, dermalen weder chemisch noch mikroskopisch nachweisbaren, noch sonst darstellbaren, jedoch in seinen Wirkungen unzweifelhaften und erkennbaren Giftstoffe, dem syphilitischen Virus.

4) Diese giftigen venerischen Uebel entstehen niemals, wie öfters die nichtgiftigen, von selber, sondern nur durch Ansteckung d. h. durch Uebertragung des mit dem syphilitischen Gifte geschwängerten Stoffes von einem Individuum auf ein anderes.

5) In der Regel geschieht diese Ansteckung durch den geschlechtlichen Akt, und die Prostitution ist die Hauptquelle derselben und der dadurch bewirkten Verbreitung der Krankheit.

6) Die Erscheinungen, welche auf diese Ansteckung folgen, werden eingeteilt in primäre oder ursprüngliche und in später folgende (konsekutive) oder konstitutionelle (allgemeine) Erscheinungen.

7) Bei den primären Affektionen befindet sich der übertragene oder abgelagerte Giftstoff örtlich beschränkt. Das Gift ist noch nicht in die allgemeine Säftemasse eingedrungen.

8) Gewöhnlich ist die frisch nach der direkten Uebertragung des Giftstoffes entstandene Syphilis nur wenige Tage örtlich beschränkt oder primär (die Syphilis wird dann in den meisten Fällen konstitutionell).

9) Direkt ansteckend oder überimpfbar ist die Syphilis nur, solange der ursprüngliche Giftherd oder die Impfstelle noch vorhanden ist. Sobald die primäre Impfstelle verwachsen oder vernarbt und allgemeine oder konstitutionelle Syphilis gefolgt ist, ist sie nicht mehr direkt übertragbar oder ansteckend.

So lange die hier mitgeteilten Sätze von der Wissenschaft wirklich anerkannt wurden, konnte die polizeiärztliche Aufgabe recht einfach erscheinen. Es handelte sich nur darum, die Dirnen mit „primärer Syphilis“ ausfindig zu machen und für die kurze Dauer des Bestandes dieser primären örtlichen Erscheinungen ihrem Gewerbe zu entziehen; damit galt jede Gefahr als beseitigt, welche von diesen Dirnen für ihre Besucher ausgehen konnte. Mochten sich bei einer Dirne weiterhin noch so schwere konstitutionelle Symptome zeigen, so erschien doch diese Syphilis nicht mehr übertragbar.

Die „nicht-syphilitischen“ Erkrankungen andererseits und speziell der Tripper wurden als nicht-giftig betrachtet, und galtem demnach nicht (oder kaum) als der Gegenstand einer besonderen öffentlichen Prophylaxe. Die ganze Aufgabe, einer Verbreitung der venerischen Erkrankungen entgegen zu arbeiten, soweit sie durch die Prostitution bedingt wird, konnte sich demnach auf die Berücksichtigung der primären Syphilis beschränken.

Heute stehen wir vor einer weit komplizierteren Aufgabe: wir wissen jetzt, daß die Ansteckungsfähigkeit der Syphilis keineswegs mit der Abheilung des Primäraffektes erlischt, und müssen mit der Möglichkeit rechnen, daß eine syphilitisch infizierte Person jahrelang und selbst zu Zeiten, in denen sich an ihr keine manifesten Erscheinungen der Krankheit finden, anzustecken vermag. Andererseits hat sich die Gonorrhöe als eine infektiöse, in ihrer Bedeutung sehr ernst zu nehmende Erkrankung erwiesen, und gerade der Tripper der Prostituierten ist durch seine Häufigkeit wie durch die diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten, die er darbietet, zum Hauptgegenstand und zugleich zur Crux der ganzen Kontrolle geworden.

Erblickte man also bereits zur Zeit der Einführung der Reglementierung in den venerischen Affektionen der Prostituierten eine Gefahr, so hat sich diese Anschauung wesentlich verstärkt, mit ihr zugleich aber ist die Erkenntnis eingetreten, daß die praktischen Schwierigkeiten der Ueberwachung, schon soweit sie sich auf die rein medizinische Seite der Angelegenheit beziehen, früher ganz bedeutend unterschätzt wurden. Gewiß hat die Ueberwachung versucht, den veränderten medizinischen Kenntnissen zu folgen. Das ist aber nicht in dem Maße gelungen, daß die derzeitige Handhabung der ärztlichen Kontrolle der Prostituierten als genügend bezeichnet werden dürfte. Die Frage, ob sich die alte Form der Reglementierung auf die Dauer aufrecht erhalten lasse, muß sich deshalb schon aus rein medizinischen Gesichtspunkten heraus ergeben. Kann aber der Arzt deshalb eine Aufhebung der Prostituiertenüberwachung gutheißen, so wie sie die Abolitionisten wünschen, oder eröffnet sich uns die Möglichkeit der Umwandlung und und Verbesserung?

Der derzeitige Stand der Ueberwachungsfrage.

Frankreich. Das Mutterland der Reglementierung hat die alte Einrichtung im wesentlichen ohne große Umänderungen aufrecht erhalten.

In Paris basiert die gegenwärtige Reglementierung auf einer Verfügung vom 15. Oktober 1878. Sie unterscheidet eine freiwillige Einschreibung (inscription volontaire ou sur demande) und eine zwangsweise (i. d'office). Die Gesuche der Minorennen und verheirateten Frauen werden einer Kommission von 4 Mitgliedern vorgelegt (1 Chef de bureau, 1 Sous-chef, 2 Polizeikommissäre). Die Kommission verfügt auch die Zwangseinschreibungen (nach mehrfacher Arrestation einer Dirne). Die freiwillige Inskription Großjähriger erfolgt direkt auf administrativem Wege. Mädchen unter 18 Jahren werden überhaupt nicht mehr inskribiert. Die ärztliche Untersuchung der Dirnen findet in dem „Dispensaire de Salubrité" auf der Polizeipräfektur statt, die Behandlung der krank befundenen Dirnen in den Krankenabteilungen von St. Lazare. Wie in Paris existieren in den großen Städten des Landes, speziell in Lyon und Marseille neben den filles soumises isolées noch Bordelle, die aber überall an Zahl gewaltig zurückgehen.

Hinzugefügt sei, daß zur Zeit in Frankreich die Fortdauer der Reglementierung der Prostitution ernstlich in Frage steht. Durch Ministerialdekret ist zunächst eine außerparlamentarische Kommission eingesetzt worden, welche die Reglementierungsfrage einer Revision unterziehen soll, und in der nach dem Gange der bisherigen Verhandlungen die Abolitionisten das Uebergewicht gewonnen zu haben scheinen.

Belgien. Nach dem Kommunalgesetz vom 30. März 1836 Art. 96 hat ein Kollegium, bestehend aus Bürgermeister und Schöffen, die Personen und Oertlichkeiten zu überwachen, die notorisch der Prostitution dienen. Zur Sicherung der öffentlichen Gesundheit, Moralität und Ruhe hat das Kollegium die Reglements zu erlassen, die es für nötig und nützlich hält.

Demnach haben manche belgische Städte ein Reglement, andere nicht. Bordelle sind in einzelnen geduldet und überwacht, in anderen untersagt. Nur ein Teil der Städte inskribiert einzellebende Prostituierte und unterwirft sie der regelmäßigen Untersuchung.

Um den Stadtverwaltungen die Ausarbeitung ihrer Reglementierungen zu erleichtern, hat die Regierung unter dem 11. Februar 1859 das Projekt eines Reglementierungsschemas erlassen.

Zu unterscheiden ist auch in Belgien die inscription volontaire und die inscription d'office. Letztere wird von dem Schöffenkolleg ausgesprochen auf Grund eines Berichts des „officier-inspecteur" der Sittenpolizei, die unter sorgfältiger Prüfung der Akten festzustellen hat, ob der Tatbestand genügend sichergestellt sei. Diese Akten werden dann dem Bürgermeister vorgelegt, der eine zweite ordnungsmäßige Prüfung vorzunehmen hat. Nur wenn der Bürgermeister die Einschreibung für gerechtfertigt hält, stellt er den Antrag an das Kollegium.

Niederlande. Gesetzliche Bestimmungen für die Ueberwachung der Prostitution fehlen. Nur das Strafgesetz verweist auf einzelne spezielle Punkte in Art. 250 und 452 (Begünstigung der Prostitution Minderjähriger etc.). Die Entscheidung über die Maßnahmen, die das Interesse der öffentlichen Sittlichkeit erfordert, ist den Stadtverwaltungen überlassen. Seit einigen Jahren hat eine Strömung, welche die Aufhebung der Kontrolle anstrebt, praktische Erfolge gezeitigt (Haag 1897). In Amsterdam hat nie eine Ueberwachung existiert, seit 1897 besteht dort ein Bordellverbot; aber die öffentlichen Häuser

haben sich als „Hotels“ erhalten. Auch Rotterdam hat wenigstens nominell im Jahre 1902 die öffentlichen Häuser aufgehoben.

Schweiz. In einer größeren Anzahl von Kantonen (Bern, Luzern, Obwalden, Freiburg, Solothurn, Basel-Stadt, Schaffhausen, Graubünden, Tessin, Waadt, Wallis) ist die gewerbsmäßige Unzucht als solche verboten und wird bestraft. In Tessin und Schaffhausen wird die Strafe verschärft, wenn die Dirne geschlechtskrank befunden wird.

Nach den einzelnen Kantonsgesetzen ist das Halten von Bordellen überall vollständig verboten, außer im Kanton Genf; trotzdem bestehen auch in anderen Städten Bordelle (Bern, Zürich, Solothurn), welche der Polizei wohlbekannt sind. In Genf existiert amtliche Kontrolle und regelmäßige ärztliche Untersuchung der ca. 100 Dirnen, die sich auf 16 öffentliche Häuser verteilen. Einzelwohnende kontrollierte Dirnen (femmes en carte) gibt es in der Schweiz nicht mehr.

Bern und Thurn besitzen eine gleichlautende Verordnung (d. d. 8. Juli 1885 resp. 22. Okt. 1890) „gegen das Herumstreichen liederlicher Weibspersonen“, deren § 5 lautet: „Die eingebrachten Dirnen sind ärztlich zu untersuchen und, wenn geschlechtskrank, in Spitalpflege zu bringen.“ Genf besitzt reglementarische Bestimmungen in der Loi sur l'organisation et la compétence du bureau de salubrité publique vom 2. Oktober 1884 (Art. 5) und in dem Réglement concernant les visites sanitaires vom 13. Januar 1885. Es ist zu bemerken, daß die Untersuchung zweimal wöchentlich stattfindet, daß pro Untersuchung 1 frc. 50 ct. Abgabe erhoben wird, die der Staatskasse zufließt, und daß keine Prostituierte inskribiert wird, die nicht das Zeugnis einer Polizeibehörde beibringt, daß sie bereits irgendwo als Prostituierte eingeschrieben war.

Italien. Im Jahre 1855 wurde die erste Reglementierung eingeführt (R. Ratazzi), seit 1860 bestand das Réglement Cavour, das sich wesentlich dem Brüsseler Vorbild anpaßte. An Stelle dieses Systems trat 1888 die Crispische „Reform“, die neben speziellen Reglements über Prophylaxe und Behandlung der venerischen Krankheiten und über die „Dispensarii celtici“ (s. unten) ein Reglement über die Prostitution einführte, das (außer seinen Bestimmungen über den Schutz des öffentlichen Anstandes und über die persönliche Freiheit der Prostituierten und Maßregeln zu ihrer Rehabilitation) als wesentliche Vorschrift in hygienischer Beziehung die öffentliche Kontrolle der Dirnen aufhob und die Verantwortlichkeit für die Gesundheit der Dirnen den Bordellinhabern auflud. Den Organen der öffentlichen Sicherheit sollte nur das Recht bleiben, in den Bordellen Sanitätsvisiten anzuordnen oder selbst die Häuser zu schließen, wenn das Interesse der öffentlichen Ordnung und Gesundheit es erheischte. Die „Gegenreform“ von Nicotera (1891) mit den weiteren Zusätzen Rudinis hat recht verwickelte Zustände herbeigeführt, die wenigstens in praxi einer Ueberwachung der Prostituierten kaum gleichkommen. Als überwacht gilt eine gewisse Anzahl von Dirnen, die ihr Gewerbe in „Prostitutionslokalen“ ausüben. Dieser Voraussetzung können nicht nur Bordelldirnen gerecht werden, sondern auch Isolierte, da auch die Wohnung einer Einzellebenden als Prostitutionslokal betrachtet wird. Für die zweimal pro Woche vorgeschriebene Untersuchung darf sich die Dirne ihren Arzt selbst wählen. Erkrankungsfälle sind von diesem anzuzeigen; aber es erfolgt keine generelle Hospitalisierung. Die Prostituierte kann sich privatärztlich oder in öffentlichen Ambu-

lanzen behandeln lassen, wenn sie den Behörden die genügenden Garantien zu bieten scheint. Verlangt wird, daß sie das Prostitutionslokal nicht bewohnt und sich nicht prostituiert. Die Behörde kann sich durch Kontrolluntersuchungen vergewissern, ob diese Forderungen erfüllt werden, und hat das Recht, bei Verfehlungen gegen diese Bestimmungen das Prostitutionslokal zu schließen.

Nur diejenigen Dirnen, die akute ansteckende Symptome zeigen und nicht selbst die Garantien für ihre Behandlung darbieten, werden zwangsweise in die Spitäler eingewiesen; entlassen werden sie auf Grund eines Attestes, das ihre Genesung bescheinigt. Es gab kleinere Städte, in denen die Möglichkeit einer solchen Zwangsbehandlung wegfiel, weil das Spital keine entsprechenden Säle besitzt oder das Krankenhausstatut die Aufnahme von Geschlechtskranken direkt verbot. Unter solchen Voraussetzungen mußte den Prostituierten erlaubt werden, sich in ihrer Wohnung von ihrem Vertrauensarzt behandeln zu lassen.

Das neue Reglement vom Jahre 1901 hält den hier beschrittenen Weg fest. Es betont den Standpunkt, daß keinerlei Einschreibung der Dirnen stattfindet und daß nur die Bordellierten sich einer regelmäßigen Untersuchung (in der angeführten Weise) zu unterziehen haben. Alles Gewicht wird auf jene prophylaktischen Mittel gelegt, die Crispi zuerst reglementsmäßig festgelegt hatte und die jedem unbemittelten Geschlechtskranken ärztliche Hilfe gewährleisten sollten. Für die ambulatorische Behandlung dieser Kranken sind die Sprechstunden der Hospitäler zur Verfügung gestellt; in den wichtigeren Plätzen sind besondere „Dispensarii celtici“ errichtet, die ausschließlich jener Aufgabe dienen, von Spezialärzten geleitet werden, an Arme auch die Medikamente gratis verabreichen. Diese Institute waren ursprünglich direkt vom Staate eingerichtet; sie werden in dem neuen Reglement aber den Kommunen überlassen und durch einen Staatszuschuß unterhalten. In einer großen Anzahl von Hospitälern sind spezielle Säle zur stationären Behandlung der Geschlechtskranken eingerichtet worden. Der Eintritt ins Krankenhaus wird den Patienten im höchsten Maße erleichtert, die Kosten der Behandlung trägt der Staat.

Spanien. Eine Reglementierung nach französischem Muster besteht in Madrid, Barcelona, Sevilla und anderen Städten. Das Madrider Reglement ist 1877 eingeführt. Vorher geltende Bestimmungen übertrugen den überwachenden Aerzten auch rein polizeiliche Funktionen, wie die Verhaftung aller Nicht-Inskribierten, die sie in den Toleranzhäusern entdeckten, oder solcher Eingeschriebenen, die krank befunden wurden. Das jetzige Reglement kennt nur eine freiwillige Inskription. Für diese gilt als Voraussetzung, daß nicht nur keinerlei administrative Bedenken bestehen, sondern daß auch das Urteil des Untersuchungsarztes keinerlei Einwand wegen der physischen und geistigen Voraussetzungen der Bewerberin erhebt. Zu den anerkannten Toleranzhäusern gehören außer den Bordellen eine große Anzahl von Absteigequartieren (maisons de passe).

Dänemark besitzt ein Gesetz über die Maßnahmen gegen die Verbreitung der venerischen Krankheiten (vom 10. April 1874 mit Erweiterung und Amendement vom 1. März 1895).

Wir geben hier die folgenden Bestimmungen wieder:

§ 1. Personen, welche an venerischen Krankheiten leiden, sind, ohne Rücksicht darauf, ob sie ihre Behandlung selbst bezahlen können oder nicht, berechtigt zu

fordern, daß sie auf öffentliche Kosten in Behandlung genommen werden, wie sie andererseits verpflichtet sind, sich einer solchen zu unterwerfen, es sei denn, daß sie nachweisen können, daß sie sich in private ärztliche Behandlung begeben haben. Ist das Verhalten dieser Personen derartig, daß die Uebertragung ihrer Krankheit auf andere Personen in sicherer Weise nur durch ihre Absonderung vermieden werden kann, oder halten sie die zur Verhinderung der Ansteckung gegebenen Vorschriften nicht ein, so müssen sie zur Kur in ein Krankenhaus gebracht werden . . . .

Die, welche Armenunterstützung genießen und venerisch krank sind, müssen zur Kur in ein Krankenhaus gelegt werden.

Wenn nach der Heilung der Krankheit bestimmte Gründe vorhanden sind, die ein Rezidiv befürchten lassen, so kann der Arzt, der den Kranken behandelt hat, diesem anbefehlen, daß er sich zu einer bestimmten Zeit wieder vorstellt oder das Zeugnis eines autorisierten Arztes darüber beibringt, daß ein Rezidiv nicht eingetreten ist . . . .

§ 3. Wenn ein Frauenzimmer, das nicht zu denen gehört, die nach dem Regulativ oder auf Grund besonderer Verordnungen der Polizeiaufsicht unterliegen, sich dem begründeten Verdacht aussetzt, ihren Lebensunterhalt durch Unzucht zu suchen, so muß sie zu Polizeiprotokoll gewarnt und von den Folgen, welche die Uebertretung der Warnung mit sich führt, unterrichtet werden. Zugleich wird sie dann, wenn sie die Erlaubnis dazu gibt oder gesteht, ein unzüchtiges Leben zu führen, von einem Arzte untersucht und, wenn sie venerisch krank befunden wird, der Behandlung nach § 1 unterworfen.

Diese Untersuchung kann auch einer in diesen Dingen unterrichteten und autorisierten Frau übertragen werden, und in diesem Falle ist die oben erwähnte Erlaubnis von seiten der zu Untersuchenden nicht notwendig.

§ 4. Der § 180 des Strafgesetzbuchs („ein Frauenzimmer, das gegen die Warnung der Polizeibehörde Erwerb durch Unzucht sucht, wird mit Gefängnis bestraft") ist dahin abzuändern, daß statt der in ihm festgesetzten Strafe von Gefängnis da, wo Zwangsarbeitshäuser eingerichtet sind, auf Zwangsarbeit bis zur Dauer von 90 Tagen erkannt werden kann. Wenn ein Frauenzimmer nach § 180 des Strafgesetzbuchs verurteilt wird, so muß sie von einem Arzte untersucht und, wenn sie als venerisch krank befunden wird, der Kur nach § 1 unterworfen werden.

Nach Abbüßung der Strafe muß ihr auch dann eine Warnung erteilt werden in Uebereinstimmung mit § 3, wonach sie der Polizeiaufsicht unterstellt werden kann, in Uebereinstimmung mit den Bestimmungen der folgenden Paragraphen.

§ 5. Wenn ein Frauenzimmer auf Grund der vorigen Paragraphen der Polizeiaufsicht unterworfen wird oder sich derselben freiwillig unterwirft, so muß ihr zu Polizeiprotokoll angekündigt werden, daß sie sich zu bestimmten Zeiten zur ärztlichen Untersuchung zu stellen und jede Wohnungsveränderung anzuzeigen hat; wird sie bei der ärztlichen Untersuchung venerisch krank befunden, so muß sie der Behandlung nach § 1 unterworfen werden.

§ 6. Uebertretungen der mit Bezug auf den vorhergenden Paragraphen gegebenen Anordnungen werden mit Gefängnis . . . . oder wenn die Betreffende von der ärztlichen Untersuchung ohne einen annehmbaren Grund fortgeblieben und dann venerisch krank befunden ist, mit Zwangsarbeit bis zu 24 Tagen bestraft. In letzterem Falle kann sie darnach, wenn sie in Kopenhagen oder an einem anderen Orte lebt, wo es nach dem Gesetze vom 4. Februar 1871 § 2 Lit. c Bestimmungen über die Aufsicht über unzüchtige Frauenzimmer gibt, durch Beschluß des betreffenden „Polizeimeisters" den durch Regulativ oder Herkommen festgesetzten Bestimmungen über die Beaufsichtigung unzüchtiger Frauenzimmer unterworfen werden. Doch kann sie nicht gezwungen werden, Aufenthalt in einem öffentlichen Hause zu nehmen. Frauen und Bordellierte, die dem zuwiderhandeln, werden auf Grund der Bestimmungen des § 12 bestraft. Frauen unter 18 Jahren dürfen nicht in öffentlichen Häusern wohnen.

§ 7. Wird ein Frauenzimmer, das einmal nach § 180 des Strafgesetzes bestraft worden ist, aufs neue der Prostitution schuldig befunden, so soll sie außer der Strafe nach den oben angeführten Bestimmungen unter den im vorstehenden § 6 erwähnten Einschränkungen den durch Regulativ oder Herkommen festgesetzten Vorschriften über die Beaufsichtigung unzüchtiger Frauenzimmer unterworfen werden, insofern sie nach überstandener Strafe in Kopenhagen oder in einer Stadt lebt, für welche kraft des Gesetzes vom 4. Febr. 1871 § 2 Lit. c solche Bestimmungen vorhanden sind.

§ 8. Die in § 5 erwähnte Aufsicht hört, wenn die betreffenden Frauenzimmer nicht vorher auf Grund der §§ 6 und 7 der durch Regulativ oder durch Herkommen für gewisse Städte angeordneten Aufsicht über unzüchtige Frauenzimmer unterworfen worden sind oder sich ihr selbst unterworfen haben, in jedem Fall nach Ablauf von

6 Monaten auf. Wenn in der Stellung oder in dem Verhalten der betreffenden Frauenzimmer eine solche Veränderung vor sich geht, daß eine genügende Sicherheit für ihren ferneren Lebenswandel vorhanden zu sein scheint, so muß der Polizeimeister sie vor Ablauf der erwähnten Frist von der Beaufsichtigung entbinden.

§ 9. Die ärztlichen Untersuchungen, die in diesem Gesetz erwähnt sind, sind, wenn an dem betreffenden Orte kein eigener Polizeiarzt angestellt ist, an einem von der Polizei angegebenen Orte von einem öffentlichen Arzte auszuführen. Dieser erhält dafür entweder ein jährliches Gehalt, welches von dem Kommunalrat festgestellt und von dem Justizminister gutgeheißen wird, oder, wenn eine solche Bezahlung nicht festgesetzt oder gutgeheißen wird, für jede Untersuchung ein Honorar, das auf 4 Kronen für die erste und auf 1 Krone für jede folgende, an gleichem Orte und zur gleichen Zeit untersuchte Person festgesetzt ist. Die Bezahlung ist in den Kommunalstädten von der Kasse der Stadt zu leisten, auf dem Lande von dem Repartitionsfonds des Amtes. Für die Ausstellung eines Zeugnisses darüber, ob die Betreffende bei der Untersuchung krank gefunden worden ist, erhält der Arzt keine besondere Bezahlung.

Die in den §§ 3 und 5 erwähnten ärztlichen Untersuchungen können mit Erlaubnis des Polizeimeisters und unter Beobachtung der für den Arzt besonders vorgeschriebenen Regeln von einem von der Polizei gutgeheißenen autorisierten Arzte ausgeführt werden, mit dem sich dann das betreffende Frauenzimmer selbst abfinden muß.

§ 10. Die auf öffentliche Kosten zur Behandlung venerischer Krankheiten in ein Hospital eingelegten Kranken dürfen das Hospital nicht verlassen, ehe der Arzt sie nicht entläßt. Zuwiderhandlungen werden mit Gefängnis bei Wasser und Brot bis zu 5 Tagen oder mit einfachem Gefängnis bis zu einem Monat bestraft.

§ 11. Prozesse, die auf Grund der §§ 4, 6 und 10 dieses Gesetzes angestrengt werden, werden wie öffentliche Polizeisachen behandelt, aber auch in Kopenhagen bei geschlossenen Türen.

§ 12. Die Polizei kann Personen, die Gastwirtschaft treiben, verbieten, Frauenzimmer, welche eine Warnung nach § 3 dieses Gesetzes erhalten haben, im Hause zu halten oder sie zur Unterhaltung der Gäste oder zu Dienstleistungen zu benutzen.

Folgen noch Strafbestimmungen.

Die Schwierigkeiten, denen die Ausführung der polizeilichen Reglementierung begegnet, häufen sich in Dänemark. Im Folkething ist bereits mehrfach ein abolitionistischer Antrag angenommen worden, der aber im Landsthing nicht acceptiert wurde; doch hat der Landsthing sich das letzte Mal wenigstens für die Aufhebung der Bordelle entschieden.

Die Abschaffung der alten Reglementierung scheint aber nur eine Frage der Zeit zu sein. Wahrscheinlich wird man als Gesetz eine rein sanitäre Aufsicht und verschiedene andere hygienische Vorkehrungen vorschlagen.

Schweden. Eine regelmäßige Untersuchung liederlicher Frauenzimmer existiert in Schweden seit 1847; die Anfänge des Systems gehen noch weiter zurück. Seit 1859 ist ein Untersuchungsamt eingerichtet, an dem Aerzte und Polizei zusammenwirken.

Die Prostituiertenkontrolle ist weder in einem Spezialgesetz über die gewerbsmäßige Unzucht noch in speziellen Paragraphen des allgemeinen Gesetzbuches begründet. Bis zum Jahre 1864 gab es Strafbestimmungen für den Geschlechtsverkehr zwischen unverheirateten Personen und rigorose Gesetze gegen Unzucht.

Die Prostituiertenreglements wollten sich früher auf die gesetzlichen Bestimmungen über „försvarslösa“ Personen stützen, d. h. solche, die sich nicht durch eigene Arbeit oder eigene Mittel ehrlich versorgen können oder wollen, und die nach dem Gesetze zur Arbeit in allgemeinen Arbeitshäusern oder Spinnhäusern zu verurteilen waren.

An die Stelle dieser Bestimmungen trat 1885 das Vagabundengesetz. Nach ihm sollen „Personen, die, ohne Mittel für ihren Unterhalt zu besitzen, es unterlassen, sich nach Vermögen ehrlich zu ver-

sorgen, und zugleich ein solches Leben führen, daß sie für die allgemeine Ordnung und Sittlichkeit gefährlich werden, zur allgemeinen Zwangsarbeit verurteilt werden können.

Man bringt dieses Gesetz in Anwendung, wenn sich Prostituierte gegen das Reglement vergehen, ohne daß die Reglementierung selbst in diesem Gesetz eine genügende Begründung fände.

Bordelle werden nicht geduldet.

Norwegen. Eine Reglementierung bestand in den größeren Städten seit 1840. Nachdem 1884 die Bordelle abgeschafft worden waren, die übrigens nur einen geringeren Bruchteil der Prostituierten beherbergt hatten (in den letzten Jahren ihres Bestehens waren es 50 von ca. 600 Dirnen), erreichte 1888 der Druck der abolitionistischen Bewegung in Christiania die Abschaffung der Ueberwachung, die im Widerspruch zu den Bestimmungen des norwegischen Strafgesetzes stände, wonach die Prostitution ein strafbares Gewerbe darstellte. In Bergen und Drontheim blieb die Kontrolle in unvollkommener Form erhalten.

Für Christiania hatte nunmehr die „Gesundheitskommission“ die Ausschaltung der kranken Prostituierten zu übernehmen. Auf Grund des Gesundheitsgesetzes vom Jahre 1860 sind dieser Kommission alle Fälle von ansteckenden Krankheiten ärztlicherseits anzuzeigen. Bei den Geschlechtskrankheiten erfolgt diese Meldung ohne genauere Bezeichnung des Patienten. (Ein tatsächlicher Versuch, die Anzeige mit Namen und Wohnung des Kranken durchzuführen, war in Drontheim gescheitert.)

Dagegen sollten nach einem Erlaß der Gesundheitskommission nunmehr alle Geschlechtskranken bezüglich der Infektionsquelle genau befragt und der sofortigen (anonymen) Meldung des Kranken die Angabe der Infektionsquelle hinzugefügt werden.

Ergibt nun die nähere Untersuchung, daß die denunzierte Person Unzucht treibt oder der Unzucht verdächtig ist, so erfolgt seitens der Kommission an sie die Vorladung zur ärztlichen Untersuchung. Ist das Vorhandensein einer Geschlechtskrankheit zu ermitteln, so kann nötigenfalls die zwangsweise Einweisung in ein Krankenhaus erfolgen auf Grund der Bestimmung des Sanitätsgesetzes von 1860, die der Sanitätskommission diese Befugnis erteilt Personen gegenüber „mit bösartigen Krankheiten, deren Ausbreitung mittels Ansteckung zu befürchten ist“. Die Gesundheitskommission hat nun aber nicht das Recht, auf Grund einer anonymen Denunziation die körperliche Untersuchung der Prostituierten zu erzwingen; ja sie hat keinerlei Gewalt über eine Dirne, die unter solchen Umständen der Ladung vor die Kommission überhaupt keine Folge leistet; sie kann vielmehr nur dann weitere Schritte unternehmen, wenn von vornherein beispielsweise durch ein ärztliches Attest festgestellt ist, daß die Betreffende an einer Geschlechtskrankheit leidet! Die Erfahrung hat denn auch gezeigt, daß der Sanitätskommission ein erfolgreiches Einschreiten nur in beschränktem Umfange möglich wurde.

Die Polizei nimmt nur solche Dirnen fest, die in gröblichster Weise, wie durch Trunkenheit, auf der Straße den öffentlichen Anstand verletzen, oder solche, die ein ehrliches Gewerbe nicht nachweisen können; im letzteren Falle wird versucht, die Dirnen als Vagabunden dem Arbeitshaus zu überweisen.

Schon seit Anfang der 90er Jahre tauchten Versuche auf, diese unbefriedigenden Zustände zu beseitigen. Sie fanden ihren nächsten Ausdruck in dem gesetzlichen Entwurf eines „Gesetzes bezüglich der Einschränkung öffentlicher Unsittlichkeit und geschlechtlicher Ansteckung".

Dieser Gesetzentwurf mußte immer und immer wieder in seiner Gestalt verändert werden; so hat auch die Form vom Jahre 1899, die Blaschko (Hygiene der Prostitution) mitteilt, inzwischen unter dem Einflusse der Bestrebungen von Sittlichkeits- und Frauenvereinen eine andere Formulierung erfahren.

Der letzten Fassung entstammt der folgende Auszug:

§ 1. Das Gesundheitsamt soll einen oder mehrere Aerzte anstellen, die die Aufgabe haben: 1) Personen zu untersuchen, die sich geschlechtlich angesteckt glauben und sich zur Untersuchung selber vorstellen; 2) Geschlechtskranke zu behandeln, wenn dieses ambulatorisch geschehen kann. Diese Untersuchung und Behandlung soll unentgeltlich erfolgen (cf. § 23).

§ 2. Personen, die der Aufforderung zur Unzucht beschuldigt werden oder denen der Vorwurf gemacht wird, wissend, daß sie syphilitisch sind, eine Stelle als Diener angenommen zu haben oder in einer solchen Stelle geblieben zu sein, ohne die Herrschaft von der Krankheit zu unterrichten, oder aber, obschon syphilitisch, Kinder in Verpflegung genommen zu haben, können polizeilich zu ärztlicher Untersuchung aufgefordert werden.

§ 3. Personen, die wegen eines zu engen Zusammenlebens mit Geschlechtskranken der Ansteckung sehr ausgesetzt gewesen sind, können von dem Gesundheitsamte zur Untersuchung gezwungen werden, oder sie müssen ein Attest von einem hierzu autorisierten Arzte beibringen. Derselben Bestimmung unterliegen Personen, die als geschlechtskrank, speziell als Infektionsquellen angezeigt sind. Der zur Untersuchung Aufgeforderte kann binnen 2 Tagen eine gerichtliche Entscheidung über die Notwendigkeit der Untersuchung verlangen.

§ 5. Der Staat soll Sorge tragen, daß die an Syphilis Leidenden in Krankenhäusern aufgenommen werden müssen, wenn das Gesundheitsamt es für geboten hält.

§ 6. Jeder Geschlechtskranke, der sich nicht zuverlässige Pflege verschafft oder die ihm gegebenen Vorschriften nicht befolgt, kann durch das Gesundheitsamt dem Krankenhause zugeführt werden, bis die Krankheit geheilt und die Gefahr der Uebertragung wesentlich vermindert ist. Personen, die, an Syphilis in ansteckender Form leidend, es selbst wünschen, sollen, wenn möglich, immer durch das Gesundheitsamt ins Krankenhaus überwiesen werden (unentgeltlich, cf. § 23).

§ 7. Wenn Syphilitische das Krankenhaus in ansteckungsfähigem Zustande verlassen, soll das Gesundheitsamt davon unterrichtet werden. Das Gesundheitsamt kann, solange eine Ansteckung zu befürchten ist, dem Kranken gebieten, sich zu bestimmten Zeiten zu ärztlicher Untersuchung einzustellen oder ein von einem anderen Arzte über erfolgende zuverlässige Behandlung ausgestelltes Attest einzureichen.

§ 11. Die Aerzte sollen an den Vorstand des Gesundheitsamtes Bericht erstatten über die von ihnen behandelten Geschlechtskranken und über die Infektionsquellen. In dem in §§ 2—3 abgehandelten Fällen sollen die Namen der Kranken angegeben werden, sonst nicht.

§ 13. Wenn ein Syphilitischer, der noch in der Periode der Krankheit sich befindet, in welcher ansteckende Rezidive zu befürchten sind, aus der Behandlung eines Arztes scheidet, soll der Arzt den Fall beim Gesundheitsamt anzeigen.

§ 14. Kinder, die an Syphilis leiden oder syphilisverdächtig sind, dürfen weder gestillt werden von Personen, die dadurch der Ansteckung ausgesetzt werden, noch bei Fremden in Verpflegung gebracht werden, ohne daß diese von der Ansteckungsgefahr unterrichtet sind. Als verdächtig wird ein Kind angesehen, wenn seine Mutter syphilitisch ist oder war, und das Kind noch nicht 4 Monate alt ist. Eine Hebamme, die ein Kind syphilisverdächtig findet, soll dem Gesundheitsamt Anzeige machen.

§ 15. Kinder, die, noch nicht 1 Jahr alt, bei Fremden in Pflege gegeben werden, müssen dem Gesundheitsamt gemeldet werden. Das Gesundheitsamt soll das Kind untersuchen lassen.

§ 18. Das Gesetz vom 6. Juni 1896 von der Behandlung vernachlässigter Kinder (Absonderung von den Eltern, Verbringen in Erziehungsanstalten u. s. w.) kommt zur Anwendung auch Mädchen gegenüber, die über 16, aber weniger als 18 Jahre alt sind, wenn sie ein Betragen zeigen oder unter Verhältnissen leben,

die begründete Furcht erwecken, daß sie sittlich verdorben sind oder es werden können.

§ 19. In Wirtschaften, wo berauschende Getränke verkauft werden, kann weibliche Bedienung polizeilich verboten werden. Ebenso kann polizeilich untersagt werden, daß Mädchen unter 21 Jahren als Gesinde in denjenigen Gasthäusern angenommen werden, in denen zugleich Reisenden Logis und Herberge gewährt wird.

§ 21. Die Untersuchung von Frauen und Mädchen soll, wenn möglich, durch Aerztinnen vorgenommen werden oder wenigstens in Gegenwart eines weiblichen Beamten.

§ 23. Die Kosten bei den in diesem Gesetz vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen liegen der Gemeinde ob. Die Kosten bei Behandlung Geschlechtskranker außerhalb des Krankenhauses trägt die Gemeinde, wenn die Kranken gesetzlich von der Zahlung befreit sind (cf. § 1) oder nicht selbst bezahlen können. Wenn jemand nach Beschluß des Gesundheitsamtes wegen einer Geschlechtskrankheit ins Krankenhaus überführt ist, liegen die Kosten dem Staate ob, wenn es sich um Syphilis handelt, und sonst der Gemeinde, falls der Kranke nicht selbst zu bezahlen vorzieht.

§ 26. Uebertretung der §§ 9—15, 19 und 22 dieses Gesetzes werden mit Geldstrafe oder Gefängnis bis zu 3 Monaten bestraft.

Oesterreich. Die jetzige Reglementierung fußt auf dem Gesetz vom 30. April 1870 betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes, wonach die Gesundheitspolizei einen Zweig der Gemeindeverwaltung darstellt. Letzterer liegt damit auch die Aufgabe ob, die nachteiligen Folgen hintanzuhalten, die aus der Prostitution für das allgemeine Gesundheitswohl erwachsen können.

Die Reglementierung selbst erfolgt im Rahmen des alten Schemas. Einen sehr detaillierten Ueberblick über ihre Handhabung in Wien gibt uns das Buch von SCHRANK.

In Ungarn erkennt das Staatsgesetz die Notwendigkeit der Reglementierung an, und zwar durch

Gesetzartikel XIV 1876 § 91: „Die Prostitution, insofern sie sich auf die öffentliche Gesundheit bezieht, wird durch Verordnungen geregelt" — und

Gesetzartikel XL 1879 § 81: „Prostituierte, welche die auf sie bezüglichen behördlichen Vorschriften nicht einhalten, werden mit einer bis zu 1 Monat dauernden Haft bestraft."

Die Ordnung der Prostitutionsfrage ist demnach im einzelnen der Polizei überlassen, und die Behörden (Komitate und königliche Freistädte) erlassen in ihrem speziellen Wirkungskreise Verordnungen, die der Bestätigung des Ministeriums des Inneren unterliegen (Gesetzartikel XL 1879 § 5).

In Budapest geschieht die Inskription nur auf freiwillige Anmeldung, und nachdem die Betreffenden auf die Folgen ihres Entschlusses aufmerksam gemacht und ärztlich genau untersucht sind (städtisches Statut über die Prostitution vom Jahre 1885 und dazu gehörige polizeiliche Instruktion, No. 11162). (Zwangsweise Inskription wäre nach dieser Instruktion für gewisse Fälle zulässig.)

Rußland. Die Reglementierung, die 1851 auf ministerielle Anordnung eingeführt und in die Hände der Polizei gelegt wurde, ist durch das Gesetz über Verhütung von Verbrechen vom Jahre 1890 eigentlich ungesetzlich geworden, das in T. XIV §§ 155—158 die gewerbsmäßige Prostitution als gesetzwidrige Handlung betrachtet. Tatsächlich aber wird nach wie vor eine Ueberwachung von Einzellebenden und Bordellierten durchgeführt. In einzelnen Städten liegt diese Beaufsichtigung ganz in den Händen der Polizei, in anderen funktionieren „polizeiärztliche Komitees" als Organe der Polizeigewalt, in Moskau,

Minsk u. s. w. sind städtische Sanitätskomitees mit der Ueberwachung betraut, die als selbständig wirkende Institutionen von der Polizei unabhängig sind.

Rumänien. Schon in den 40er Jahren des 19. Jahrhunderts war der Versuch gemacht worden, die Syphilitischen zwangsweise zu hospitalisieren. Zugleich wurden in der Moldau gewisse Maßregeln zur Ueberwachung der Prostitution angestrebt. Eine genaue Ueberwachung und gesundheitliche Kontrolle der Prostitution im ganzen Lande ist seit 1875 angeordnet, im Anschluß an das erste Sanitätsgesestz. Nach dem Sanitätsgesetz von 1893 und seiner Aenderung 1898 haben die Präfekten und Bürgermeister der Hauptorte das Recht, jedes Individuum zwangsweise zu hospitalisieren, das an einer syphilitischen Krankheit leidet, die der Allgemeinheit gefährlich werden könnte. Man kennt in Rumänien bordellierte und einzelwohnende Prostituierte. Das bestehende Reglement wird in seinen wesentlichen Punkten nur mangelhaft eingehalten. „Entgegen dem Artikel 1 des Reglements, kümmert sich die Polizei nicht um den Sanitätsdienst, soweit er die gesundheitliche Ueberwachung der Prostituierten betrifft" (Petrini de Galatz).

Serbien. Es existiert eine Reglementierung der Prostitution, und zwar inskribiert man sowohl Bordelldirnen wie solche, die eine bestimmte Profession betreiben (Dienstmädchen, Bonnen, Kassiererinnen etc.) und die Prostitution zur Steigerung ihrer Einkünfte ausüben. Die Bordellmädchen werden in ihren Wohnungen untersucht.

England. Spezialgesetze über die Prostitution giebt es ebensowenig wie eine besondere Sittenpolizei. Die Prostitution als solche wird nur verfolgt, soweit sie Störungen der Ordnung und des öffentlichen Anstandes hervorruft. Bordelle existieren in großer Zahl; nur auf die persönliche Klage zweier benachbarter Hauseigentümer hin kann gegen die Besitzer der Bordelle eingeschritten werden. Diese Klage ist durch verschiedene Momente erschwert; kurz, Gesetzgebung und Polizei ignorieren die Prostitution nach Möglichkeit.

Die vorübergehende Reglementierung, die in 14 Garnisonsstädten versucht worden war, ist bereits besprochen worden.

Vereinigte Staaten von Nordamerika. Es fehlt jede öffentliche Kontrolle der Prostitution. Ein einziger Versuch, der nach dieser Richtung in St. Louis (1872) gemacht wurde, mußte wieder aufgegeben werden.

Deutsches Reich. Kein einziger von den deutschen Einzelstaaten hat im 19. Jahrhundert ein Gesetz besessen, das die gesundheitliche Ueberwachung von Prostituierten ausdrücklich anordnete; trotzdem wurde in den meisten größeren Städten eine Reglementierung nach dem Pariser Muster eingeführt.

Für das Reich kommt als gesetzliche Unterlage der Ueberwachung der § 146 des preußischen Strafgesetzbuches vom Jahre 1851 in Betracht, der als § 361, 6 in das Reichsstrafgesetzbuch übernommen wurde.

§ 361, 6 R.Str.G.B. lautet:

„Mit Haft wird bestraft eine Weibsperson, welche wegen gewerbsmäßiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt ist, wenn sie den in dieser Hinsicht zur Sicherung der Gesundheit, der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes erlassenen polizeilichen Vorschriften zuwiderhandelt, oder welche, ohne einer solchen Aufsicht unterstellt zu sein, gewerbsmäßig Unzucht betreibt."

Es geht aus dem Wortlaut dieses Paragraphen hervor, daß das Gesetz eine Ueberwachung von Prostituierten voraussetzt.

Diese erfährt eine gesetzliche Einschränkung durch den § 180 des R.Str.G.B., der dem § 147 des preußischen Str.G.B. von 1851 entspricht. Auf Grund dieses „Kuppelei-Paragraphen" sind die Gerichte gegen eine Ueberwachung der Prostituierten in Form der Bordellierung vorgegangen.

§ 180 R.Str.G.B. lautet (in der Fassung vom Jahre 1900):

„Wer gewohnheitsmäßig oder aus Eigennutz durch seine Vermittelung oder durch Gewährung oder Verschaffung von Gelegenheit der Unzucht Vorschub leistet, wird wegen Kuppelei mit Gefängnis nicht unter einem Monat bestraft; auch kann zugleich auf Geldstrafe von 150 bis zu 6000 M., auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte, sowie auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht erkannt werden. Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann die Gefängnisstrafe bis auf einen Tag ermäßigt werden."

Von juristischer Seite sind Bedenken geäußert worden, daß für die Form, in der die sitten- und sanitätspolizeiliche Kontrolle ausgeübt wird, die ausreichende gesetzliche Begründung fehle (s. vor allem: SCHMÖLDER, Die Bestrafung und polizeiliche Behandlung der gewerbsmäßigen Unzucht, Düsseldorf 1892).

Diese Bedenken richten sich vor allem gegen die Zwangsinskription und Zwangskontrolle der Dirnen, die in einer großen Anzahl von Städten neben der freiwilligen Einschreibung verfügt wird.

Das Recht, überhaupt eine Kontrolle von Prostituierten auszuüben, stützten die preußischen Behörden außer auf § 146 des preußischen Strafgesetzbuches, wonach eine polizeiliche Aufsicht von Weibspersonen, die gewerbsmäßige Unzucht betreiben, vorausgesetzt ist, auf A.L.R., Teil II, Tit. 17, § 10 resp. auf § 6 des Gesetzes vom 11. März 1850, wonach die Polizei die nötigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publico oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahren zu treffen hat.

Eine neue gesetzliche Basis für die Ueberwachung der Prostituierten will in Preußen das im Entwurf vorliegende „Ausführungsgesetz zum Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900" schaffen. Dies letztere, das Reichsseuchengesetz, hat die Geschlechtskrankheiten überhaupt nicht in Betracht gezogen.

Der genannte Gesetzentwurf schreibt vor:

§ 1. Jede Erkrankung und jeder Todesfall an Syphilis, Tripper und Schanker, bei Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, ist der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder des Sterbeort zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen.

Wechselt der Erkrankte die Wohnung oder den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Polizeibehörde, bei einem Wechsel des Aufenthaltsortes auch bei derjenigen des neuen Aufenthaltsortes, zur Anzeige zu bringen.

§ 2. Zur Anzeige sind verpflichtet:

1) der zugezogene Arzt,
2) der Haushaltungsvorstand,
3) jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person.

§ 8. Für Verhütung der Verbreitung der in dem § 1 dieses Gesetzes genannten Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr die Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln der §§ 12—19 und 21 des Reichsgesetzes nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen polizeilich angeordnet werden, und zwar bei:

. . . .



9) Syphilis, Tripper und Schanker bei Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben. Beobachtung kranker, krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen [§ 12[1]], Absonderung kranker Personen [§ 14[2]].

§ 12. Die in dem Reichsgesetze und in diesem Gesetze den Polizeibehörden überwiesenen Obliegenheiten werden, soweit dieses Gesetz nicht ein anderes bestimmt, von den Ortspolizeibehörden wahrgenommen. Der Landrat ist befugt, die Amtsverrichtungen der Ortspolizeibehörden für den einzelnen Fall einer gemeingefährlichen oder sonst übertragbaren Krankheit zu übernehmen.

Gegen Anordnungen der Polizeibehörde findet mit Ausschluß der Klage im Verwaltungsstreitverfahren die Beschwerde bei der vorgesetzten Polizeibehörde statt. In letzter Instanz entscheidet, im Einvernehmen mit den sonst beteiligten Ministern, der Minister der Medizinalangelegenheiten.

Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 13. Beamtete Aerzte im Sinne des Reichsgesetzes und dieses Gesetzes sind die Kreisärzte, die Kreisassistenzärzte, soweit sie mit der Stellvertretung von Kreisärzten beauftragt sind, sowie die mit der Wahrnehmung der kreisärztlichen Obliegenheiten beauftragten Stadtärzte in Stadtkreisen, die Hafen- und Quarantäneärzte in Hafenorten . . . . . .

Die Vorschrift des § 36 Abs. 2[3]) des Reichsgesetzes findet auf die in dem § 1 dieses Gesetzes bezeichneten Krankheiten entsprechende Anwendung.

§ 25. Die Kosten der amtsärztlichen Feststellung der gemeingefährlichen und derjenigen übertragbaren Krankheiten, auf welche die Bestimmungen der §§ 6—10 des Reichsgesetzes für anwendbar erklärt sind (§ 6 Abs. 1, 7 dieses Gesetzes), sowie die Kosten, welche durch die Beteiligung des beamteten Arztes bei der Anordnung, Leitung und Ueberwachung der Schutzmaßregeln gegen diese Krankheiten entstehen, fallen der Staatskasse zur Last.

§ 31 Abs. 2. Mit Geldstrafen bis zu 150 M. oder mit Haft wird, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, bestraft: wer bei den in dem § 8 dieses Gesetzes aufgeführten Krankheiten . . . . den nach § 12 . . . . des Reichsgesetzes getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt.

Aus der Begründung des Gesetzentwurfes sind die folgenden Abschnitte anzuführen: „Der vorliegende Gesetzentwurf nimmt den Standpunkt ein, daß er zwar alle Geschlechtskrankheiten, nicht aber alle an solchen erkrankte Personen in den Bereich seiner Regelung gezogen und es für ausreichend erachtet hat, wenn die Polizeibehörden gegenüber denjenigen Personen, welche gewerbsmäßig die Unzucht betreiben, eine wirksame Handhabe zum Einschreiten erhalten.

---

1) § 12 des Reichsseuchengesetzes:
Kranke und krankheits- oder ansteckungsfähige Personen können einer Beobachtung unterworfen werden. Eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthaltes oder der Arbeitsstätte ist zu diesem Zwecke nur bei Personen zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen.

2) § 14 Abs. 2: Die Absonderung kranker Personen hat derart zu erfolgen, daß der Kranke mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzte oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheiten geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet. Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerläßlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Ueberführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.

3) § 36 Abs. 2: An Stelle der beamteten Aerzte können im Falle ihrer Behinderung oder aus sonstigen dringenden Gründen andere Aerzte zugezogen werden. Innerhalb des von ihnen übernommenen Auftrages gelten die letzteren als beamtete Aerzte und sind befugt und verpflichtet, diejenigen Amtsverrichtungen wahrzunehmen, welche in diesem Gesetz oder in den hierzu ergangenen Ausführungsbestimmungen den beamteten Aerzten übertragen sind.

Da der überwiegend größte Teil der Uebertragungen von Geschlechtskrankeiten durch die Prostitution geschieht, so hat man in verschiedenen Staaten und zu den verschiedensten Zeiten den Versuch gemacht, die Prostitution gewaltsam zu unterdrücken. Diese Versuche sind jedoch ausnahmslos gescheitert, weil sie zur Folge hatten, daß die offenkundige und kontrollierbare sich in die viel gefährlichere heimliche Prostitution verwandelte. Die Gefahren der Prostitution lassen sich auf das verhältnismäßig geringste Maß eindämmen, wenn die Prostituierten sorgfältig überwacht, eventuell behandelt und geheilt und so an der Verbreitung der übertragbaren Geschlechtskrankheiten gehindert werden. Um dies zu erreichen, darf man sich nicht, wie es im Regulativ geschehen ist, auf die Syphilis beschränken, sondern man muß auch den in seinen Anfangsstadien von der Syphilis schwer unterscheidbaren Schanker, vor allem aber auch den Tripper mit in das Gesetz einbeziehen.

Wollte man den Mahnungen der Abolitionisten folgen, welche jede Reglementierung der Prostitution verwerfen, so würde eine ungemessene Zunahme der Geschlechtskrankheiten die unausbleibliche Folge sein.

Eine Einschränkung der Anzeigepflicht schlägt der Gesetzentwurf bei Syphilis, Tripper und Schanker vor. Bei den Geschlechtskrankheiten findet die Uebertragung nicht, wie bei der Tuberkulose, durch die frei in die Außenwelt beförderten Krankheitserreger, sondern ausschließlich durch unmittelbare Berührung mit dem Erkrankten oder mit gewissen Gebrauchsgegenständen desselben, am häufigsten durch den außerehelichen Geschlechtsverkehr statt. Es kann daher bei diesen Krankheiten die Anzeigepflicht unbedenklich auf solche Personen beschränkt werden, welche den außerehelichen Geschlechtsverkehr zum Gewerbe machen.

Die Anordnung der Beobachtung kranker, krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen ist nach dem Entwurfe nur zulässig bei Syphilis, Tripper und Schanker. Den Behörden muß das Recht verliehen werden, Personen, welche nachweislich aus dem außerehelichen Geschlechtsverkehr ein Gewerbe machen, in bestimmten Zwischenräumen auf ihren Gesundheitszustand amtsärztlich untersuchen zu lassen; ohne diese Befugnis würde die Ueberwachung der Prostitution nicht durchführbar und die rechtzeitige Behandlung erkrankter Prostituierter nicht möglich sein. Im übrigen entspricht die Bestimmung auch dem geltenden Rechte.

Der Behandlungszwang kann gegenüber solchen Personen, welche den außerehelichen Geschlechtsverkehr gewerbsmäßig betreiben, nicht entbehrt werden; die sittenpolizeiliche Ueberwachung der Prostitution würde ohne dieses Mittel eine halbe Maßregel bleiben."

Die Ministerialerlasse, die in Preußen eine einheitliche Ausführung der Prostituiertenkontrolle anstreben, werden wir später anführen.

Der Ueberblick über den Stand der Prostituiertenüberwachung in den verschiedenen Staaten zeigt eine bemerkenswerte Verschiedenheit des Systems. Wir finden Länder, in denen die Gesetzgebung nach wie vor eine Reglementierung voraussetzt oder gestattet und ihre weitere Ausgestaltung administrativen Maßnahmen überläßt (Deutschland, Frankreich, Belgien, Schweden), daneben wenige Länder nur, die eine Prostituiertenüberwachung direkt gesetzlich anordnen, wie

Ungarn, das allerdings die Reglementierung nur auf sehr allgemein gehaltene Gesetzesbestimmungen stützt, Länder, in denen eine Reglementierung überhaupt nicht oder nur als ein vorübergehendes partielles Experiment bestanden hat (England, Vereinigte Staaten von Nordamerika), und endlich solche, die zu einer Aufhebung der Reglementierung gelangten oder den Versuch gemacht haben, die Reglementierung gänzlich oder teilweise durch umfassendere Sanitätsgesetze zu ersetzen (Italien, Norwegen, Dänemark).

Die große Verschiedenheit der gesetzlichen und administrativen Zustände, wie insbesondere ihr Wechsel in einzelnen Ländern, legt wohl die Annahme nahe, als besäßen wir ein gewaltiges Vergleichsmaterial, das von vornherein bindende Schlüsse über den Wert oder Unwert der Reglementierung, ihre Fehler und Verbesserungsmöglichkeiten gestattete. Aber man kann in der Verwertung von Daten, die uns etwa zeigen sollen, wie weit die Verbreitung der venerischen Krankheiten eines Landes durch die Regelung der Prostitutionsfrage beeinflußt werde, nicht vorsichtig genug sein, und wenn es sich gar um internationale Vergleiche handelt, hat man sich doppelt davor zu hüten, auf Grund von Zahlenangaben oder gar nur von Schätzungen und Eindrücken solchen Voraussetzungen, die für das eine Land von Bedeutung zu sein scheinen, ohne weiteres Geltung für andere Länder zuzuschreiben.

Die Verbreitungshöhe der geschlechtlichen Krankheiten wird in ganzen Ländern wie in einzelnen Städten durch ein Zusammenwirken von Faktoren bedingt, die vielfach unter der Oberfläche verborgen bleiben.

Für die einzelnen Länder, mögen sie der Prostitution gegenüber in ihrem Standpunkt übereinstimmen oder auseinandergehen, hat das Studium der venerischen Krankheiten unter Gesichtspunkten zu erfolgen, die der Eigenart des Landes gerecht werden. Ueberall wird für die Erkrankungshöhe eine große Reihe von Faktoren zu berücksichtigen sein, die mit der Reglementierungsfrage in keinem oder nur in lockerem Zusammenhange stehen. Vor allem ist nicht nur die mittlere Kulturhöhe der einzelnen Staaten zu beachten, sondern besonders die Verteilung in Land- und Stadtbevölkerung, Zahl, Größe und Charakter der Städte, Häufung von Handels-, Industrie- und Verkehrszentren, Verhältnis zwischen seßhaftem und fluktuierendem Bevölkerungsanteil. Die ganzen feineren Details der Bevölkerungsstatistik wären heranzuziehen, daneben die in Zahlen nicht zu fassende ethische Höhe des Landes zu berücksichtigen. Endlich wäre auch die Nachwirkung weiter zurückliegender Ereignisse nicht zu vergessen, die auf die Höhe der venerischen Erkrankungen von Einfluß waren. So darf beispielsweise angenommen werden, daß Skandinavien trotz aller rationeller Abwehrmaßregeln die Folgen der Ausbreitung der Syphilis im Anschluß an die russische Invasion im Beginne des 19. Jahrhunderts noch nicht völlig überwunden hat. Es wäre verwunderlich, wenn ein uniformes System, uniform angewandt, in den verschiedenen Ländern Aussichten auf annähernd gleiche Erfolge böte; und der Eingang, den die Reglementierung der Prostitution im 19. Jahrhundert gefunden hat, berechtigt zunächst höchstens zu dem Schlusse, daß sie einem Durchschnittsbedürfnisse entsprach. Der ungeheure Spielraum aber, der zwischen der Annahme ihres Prinzips und seiner Anwendung in der Praxis bleibt und der als letztes Moment für die Beurteilung der tatsächlichen Wirksamkeit jenes Systems in Frage

kommt, macht jedes Urteil über den sanitären Wert der Reglementierung da unmöglich, wo nicht im einzelnen ein genügender Ueberblick besteht, wie weit die Handhabung den Anforderungen des Systems gerecht wird.

Aber daneben fällt noch die ganze Summe der direkten und indirekten Kampfmittel, die ein Land gegen die Geschlechtskrankheiten aufbietet, ins Gewicht, und endlich eine Fülle feinerer Einflüsse, wirtschaftlicher Schwankungen u. dgl. mehr, deren Bedeutung für unsere Frage wir niemals in eine einfache Formel pressen können.

Die zuverlässigsten Angaben über die Höhe der venerischen Krankheiten in den einzelnen Ländern würden deshalb zunächst für den Wert der Reglementierung an sich wie für den Vergleich ihrer Wirksamkeit in den verschiedenen Ländern nichts beweisen.

Nun verfügen wir aber über keine Statistiken, die überhaupt einen vergleichenden Einblick in die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in den einzelnen Staaten Europas gewährleisten könnten.

Dies ist um so mehr hervorzuheben, als statistischen Angaben in dem Streite um die Reglementierung der Prostitution in gewissem Sinne die Hauptrolle zukommt. Wo logische Erwägungen, wo die Sprache des gesunden Menschenverstandes für sich nicht genügen, eine Entscheidung zu ermöglichen, wo in dem Streit der Gründe und Gegengründe je nach der Gruppierung der Argumente die Schlußfolgerungen verschieden ausfallen, da soll die zahlenmäßige Feststellung die einwandfreie Abwägung ermöglichen. Tieferes Eindringen belehrt uns aber immer besser, wie wenig die Statistik uns gerade auf unserem Streitgebiet geholfen hat; die Folge ist häufig ein tiefes Mißtrauen und der Wunsch, wo möglich auf ein Hilfsmittel, dessen wir billigerweise nicht entraten können, ganz zu verzichten. Fällt es doch schon schwer, Zahlenreihen auszuscheiden, die, tendenziös zusammengestellt, mehr oder minder bewußte Fälschungen darstellen! Wir werden uns aber zu hüten haben, eine exakte Wissenschaft deshalb anzuklagen, weil ihre laienhafte und unwissenschaftliche Verwertung zu Fehlergebnissen führt.

Auf einige wesentliche Punkte sei besonders hingewiesen.

1) Ein Hauptfehler resultiert aus dem Bestreben, das Ergebnis einer Beobachtungsreihe zu verallgemeinern. Je umschriebener die Beobachtungsreihe, mag sie an sich noch so genau sein, desto größer werden natürlich die Fehlerquellen. So entstehen falsche Schätzungen der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, wie der Häufigkeit ihrer bedeutungsvollen Erscheinungen und Folgezustände. Aus der Zahl der Kranken, die an einer bestimmten umschriebenen Beobachtungsstelle zusammenkommen, werden Schlüsse auf die Gesamtmenge der Patienten aller Klassen eines ganzen großen Gemeinwesens gewagt; man vergißt zu leicht, daß einer solchen Berechnung meist Kranke aus spezielleren sozialen Schichten zu Grunde liegen und daß selbst unter diesen wieder die Beobachteten keinen Durchschnittsbruchteil darstellen, sondern einer intimeren Auswahl entspringen, deren genaue Voraussetzungen durchaus nicht zu Tage zu treten brauchen. So ergeben sich Fehler, die nicht in der Aufstellung der Statistik, sondern in ihrer weiteren Verwertung liegen. Krankenhausstatistiken, die wohl die genaueste Durcharbeitung des ihnen vorliegenden Materials gestatten und an die wir uns deshalb mit Vorliebe halten möchten, haben speziell die Eigenart, daß sie an sich über die Verbreitung der

Geschlechtskrankheiten eine zu geringe Vorstellung erwecken, da naturgemäß nur ein Bruchteil der Patienten zur Hospitaliserung gelangt, daß aber andererseits in ihnen die schweren Erscheinungsformen und Komplikationen unverhältnismäßig stark hervortreten, weil gerade durch sie der Kranke zum Eintritt ins Spital gezwungen wird. Auf weitere Details sei hier um so weniger eingegangen, als besondere uns näher interessierende Beispiele an geeigneter Stelle genauer zu besprechen sein werden.

2) Bei der Zusammenstellung und gemeinsamen Verwertung verschiedener Statistiken wird zu leicht vergessen, daß nur die genaueste Uebereinstimmung der Fragestellung einen Vergleich der statistischen Resultate gestattet. Hinzufügung oder Ausschaltung irgend eines anscheinend nebensächlichen Details der Fragestellung kann wesentliche Unterschiede des Ergebnisses bedingen.

3) Eine wesentliche Voraussetzung für die weitere Verwertung ist gerade bei der Statistik der Geschlechtskrankheiten die Benutzung einer einheitlichen Nomenklatur solcher Zahlenreihen, die verglichen werden sollen. Aber auch ein einzelnes Ergebnis kann an sich schon wertlos werden, wenn sich nicht die Rubrizierung der genaueren Fragestellung anpaßt. Das gilt speziell für die Registrierung der Syphilis.

Prinzipiell zu fordern ist zunächst die vollkommene Trennung von Gonorrhöe, Syphilis und Ulcus molle. Statistiken, welche einen Gesamtkomplex von „Geschlechtskrankheiten“ zusammenfassen, bleiben für unsere meisten Fragestellungen wertlos, da sie Affektionen, die untereinander als ganz verschiedenwertig eingeschätzt werden müssen, gleichmäßig behandeln. Jene einfachste Registrierung von „Geschlechtskrankheiten“ wäre nur dann bis zu einem gewissen Grade berechtigt, wenn in der Häufigkeit des Vorkommens der einzelnen venerischen Affektionen ein bestimmtes festes Verhältnis bestände. Eine solche Proportionalität ist aber schon deswegen nicht aufzustellen, weil speziell die Häufigkeit des Ulcus molle wesentlichen zeitlichen Schwankungen unterliegt. Verschiedentlich sind für die ansteckenden Geschlechtskrankheiten überhaupt epidemiologische Voraussetzungen in Betracht gezogen worden, die für mächtig genug gehalten wurden, um den möglichen Einfluß einer hygienischen Maßregel, wie sie die Prostituiertenüberwachung darstellt, völlig zu überdecken. Die von EHLERS gelieferte Statistik der Stadt Kopenhagen, die sich über 33 Jahre erstreckt, lehrt, daß ohne Aenderung der Reglementierung in dieser Zeit die Höhe der Syphiliskurve ganz außerordentliche Schwankungen erfuhr, deren Ursachen so wenig durchsichtig sind, daß EHLERS schließt, die venerischen Erkrankungen unterliegen eben so wie die akuten Infektionskrankheiten epidemiologischen Einflüssen. Da wir nun den spontanen gesetzmäßigen Verlauf dieser Schwankungskurven nicht kennen, bleibt es auch unmöglich, die Bedeutung des Einzelmomentes der Reglementierung an ihnen abzumessen. Die mächtigen Ausschläge der Kopenhagener Kurve beweisen aber jedenfalls, daß dort in der statistisch verwerteten Zeitstrecke die Erkrankungshöhe keineswegs von der Reglementierung beherrscht wurde.

Anderweitige Erfahrungen über spontane Schwankungen der venerischen Krankheiten fehlen nicht. So hat BLASCHKO ihre Existenz für Berlin wahrscheinlich gemacht; MONNIER hat sie für die belgische, TOMMASOLI für die italienische Armee behauptet. AUGAGNEUR sucht

aus einer Fülle von Statistiken zu beweisen, daß in der Zeit von 1877/78 bis 1882/83 in Europa eine allgemeine Zunahme der venerischen Krankheiten erfolgt sei, und daß sich seitdem wieder ein Rückgang konstatieren lasse.

Dabei erscheint es ausgeschlossen, daß die einzelnen Geschlechtskrankheiten im gleich bleibenden Verhältnis zueinander zu- und abnehmen.

Bei dem Ulcus molle sind epidemiologische Einflüsse kaum bestreitbar. Nach MAURIACS Erfahrungen am Hôpital du Midi in Paris kamen dort noch 1869 mehr Fälle mit syphilitischem Primäraffekt zur Beobachtung als mit weichem Schanker; nach dem Kriege 1870/71 stieg die Zahl der Erkrankungsfälle mit weichem Schanker rapid an (bis zum Verhältnis von 3 : 1 im Vergleich zur initialen Syphilis), bald aber folgte ein progressives Absinken, so daß MAURIAC 1883 das Verhältnis der beiden Krankheiten auf 1 : 10 einschätzte.

In Kopenhagen kamen zur Meldung:

1885	1453	Fälle	von	Ulcus	molle	1892	778	Fälle	von	Ulcus	molle
1886	1596	„	„	„	„	1893	640	„	„	„	„
1887	934	„	„	„	„	1894	658	„	„	„	„
1888	727	„	„	„	„	1895	440	„	„	„	„
1889	955	„	„	„	„	1896	640	„	„	„	„
1890	894	„	„	„	„	1897	762	„	„	„	„
1891	807	„	„	„	„						

Der weiche Schanker stellt zur Zeit bei uns die wenigst häufige der drei venerischen Affektionen dar.

Von den beiden anderen ist der Tripper ungleich häufiger als die Syphilis, und hier ist wenigstens für Männer und nicht-prostituierte Frauen der Versuch gemacht worden, das gegenseitige Zahlenverhältnis genauer zu fixieren, meines Erachtens nicht gerade mit Glück. BLASCHKO findet zwar, daß das Ergebnis von 68—70 Proz. Anteil der Gonorrhöe an der Gesamtsumme der Geschlechtskrankheiten, das für Kopenhagen gilt, ziemlich typisch sei und in vielen Statistiken der verschiedensten Herkunft wiederkehre. Eine Zusammenstellung von 20 verwertbaren Statistiken zeigt mir aber Schwankungen von 45—80 Proz. Im großen und ganzen werden die Statistiken hinter der wirklichen Häufigkeit des Trippers zurückbleiben, beim Manne deshalb, weil die Gonorrhöe als die leichtere Affektion gilt, wegen der die Kranken oft genug die ärztliche Behandlung verschmähen; bei den Frauen deswegen, weil ein gewaltiger Bruchteil der behandelten Fälle als Frauenleiden, nicht als Gonorrhöe registriert wird.

Wichtig kann für die Gonorrhöe-Statistik die Unterscheidung zwischen der ansteckungsfähigen Erkrankung und den Residual- und Folgeerscheinungen werden. Unumgänglich notwendig bei vielen Fragestellungen erweist sich die Berücksichtigung der Untersuchungsmethode, d. h. die Frage, ob sich die Diagnose auf der Gonokokkenuntersuchung aufbaut. Gerade die Prostituiertenstatistiken erweisen die Wichtigkeit dieses Resultates.

Das Ulcus molle spielt manchmal in den Statistiken eine unangenehme Rolle durch seine ungenügende Abgrenzung vom syphilitischen Primäraffekt auf der einen Seite, von den sog. pseudovenerischen Affektionen, speziell dem Herpes genitalis andererseits. So werden alle oben genannten Erkrankungsformen gelegentlich als „Schanker“ zusammengeworfen, andere Male wieder figuriert der weiche Schanker zusammen mit dem Herpes als „Ulcus simplex“, end-

lich finden sich der syphilitische und der weiche Schanker gemeinsam als „Schanker“ oder als „primäre Syphilis“.

Dieses Zusammenwerfen ist noch älteren unitarischen Anschauungen zu verdanken und bietet gewiß große Bequemlichkeit für die Registrierung solcher Fälle, in denen man sich scheut, die genaue Diagnose zu stellen, aber es macht gegebenenfalls die Beantwortung der Frage nach der Zahl der frischen Syphilisinfektionen zu nichte. Spezielle Klagen sind darüber zu führen, daß in der englischen Armeestatistik noch heute weicher Schanker und syphilitischer Primäraffekt als „primary syphilis“ zusammengefaßt werden.

Vor allem ist es dieser Grundfehler einer Syphilisstatistik, der die Verwertung der Ergebnisse jener vorübergehenden Reglementierung vereitelt, die auf Grund der „Contagious diseases Act“ in der englischen „home army“ bestand. An sich hätte man von einem derartigen Massenexperiment die durchsichtigsten Resultate erwarten sollen. Die Reglementierung dauerte während eines genügend langen Zeitraumes (1864—1886), zum Vergleich mit diesem sind sowohl die Jahre vor der Ausführung wie diejenigen nach der Aufhebung der Kontrolle heranzuziehen; 14 kontrollierte Stationen stehen eben so vielen unkontrollierten gegenüber; als Indikator für den Einfluß der Kontrolle dienten die Erkrankungen in der Armee, für welche die Statistik eine gewisse Zuverlässigkeit beansprucht. Aber trotzdem zwingen alle möglichen Erwägungen zu einer Reserve, die jede genauere Verwertung der gegebenen Zahlen ablehnen läßt. Als Gesamtresultat stellt sich heraus, daß die Reglementierung in einer Zeit einsetzte, in der bereits in der Armee die Höhe der venerischen Erkrankungen absank, daß diese Verminderung unter der Reglementierung zunächst andauerte, den größten Tiefenstand der Kurve aber nur mit Hilfe eines bedenklichen Mittels erreichte, der Bestrafung der geschlechtskranken Soldaten (Lord Caldwells Order), die zur Verheimlichung der Krankheiten führte und die Statistik der Jahre 1873—1879 unbrauchbar erscheinen läßt. Schon innerhalb dieses Zeitraumes war aber eine Zunahme der venerischen Erkrankungen in der Armee festzustellen, welche, weiter fortschreitend, zu einer beträchtlichen Erhebung der Kurve führte, die die Aufhebung der Reglementierung noch kurze Zeit überdauerte; ja mit dem Zeitpunkte, zu dem die obligatorische Visite der Weiber aufgehoben wurde (Mitte 1883), trat unmittelbar ein rapider Anstieg ein, der bis Herbst 1884 dauerte. Er war aber augenscheinlich nicht die Folge der Aufhebung der Reglementierung, sondern hing mit der Rückkehr der englischen Truppen aus Aegypten zusammen; denn die noch geschützten Stationen Gibraltar und Malta teilten die allgemeine Zunahme der Krankheiten. Seit Herbst 1884 nun ist ein deutlicher, nahezu ununterbrochener Abfall der Kurve eingetreten, der vielleicht zu dem günstigsten Gesundheitszustand der Armee in dem ganzen hier betrachteten Zeitraum führte. Dieses Verhalten gilt für die reglementierten wie für die nicht reglementierten Stationen und spricht damit von vorn herein dafür, daß die Kurve auch unter dem Einfluß von mächtigeren Faktoren steht, die mit der Reglementierung an sich nichts zu tun haben. Zur Erklärung der Besserung nach Aufhebung der Act wird speziell der Eintritt besserer Elemente in die Armee, die Schaffung günstigerer hygienischer Einrichtungen der Kasernen u. s. w. mitverwertet; die ganzen Lebensbedingungen der Soldaten sollen in dieser Zeit eine günstige Beeinflussung erfahren haben. Für die Zeit der

Reglementierung aber sind die überwachten und die nicht überwachten Stationen nicht ohne weiteres in ihren hygienischen Bedingungen als gleichstehend zu betrachten, und man hat von manchen Seiten bei den überwachten Garnisonen von vornherein die günstigeren Voraussetzungen finden wollen. Sicher erscheint jedenfalls, daß die überwachten Orte im ganzen etwas niedrigere Ziffern aufweisen als die nicht überwachten. Geht man aber ins Detail und betrachtet man jede Station für sich, so laufen die einzelnen Kurven keineswegs alle in gleichem Sinne. Kromayer hat nun darauf verwiesen, daß bezüglich des Trippers ein gesetzmäßiger Unterschied zwischen den überwachten und nicht überwachten Garnisonen fehlt, daß dagegen die ersteren günstigere Syphiliszahlen darböten. Kromayer verwertet dieses Ergebnis für den Schluß, die Reglementierung nütze nichts zur Einschränkung der Gonorrhöe, wohl aber zur Bekämpfung der Syphilis. Beide Behauptungen lassen sich auf Grund der englischen Armeezahlen nicht vertreten. Die alle 14 Tage erfolgende Gonorrhöekontrolle baute sich nicht auf den Prinzipien auf, die wir heutzutage für maßgebend erachten müssen; ein Mißerfolg unter notorisch schlechten Voraussetzungen beweist nichts gegen die Möglichkeit besserer Resultate unter günstigen Bedingungen (cf. die Mitteilung eines der Untersuchungsärzte am Aldershot, wonach dort ein Weib täglich mit 20 oder mehr Männern zu tun hatte!). Die niedrigeren Syphiliszahlen der reglementierten englischen Stationen andererseits beruhten wesentlich auf der geringeren Höhe der „primary syphilis". Da nun bei dieser der weiche Schanker miteinbezogen ist und seine störende Rolle für die Statistik entfalten muß, beweist auch das anscheinend klare Ergebnis dieser Zahlen nichts für eine Beeinflussung der Syphiliskurve. Ja, der direkte Hinweis liegt nahe, daß jene Zahlen nichts weiter wiedergeben als den Einfluß der Reglementierung auf den weichen Schanker; denn er stellt diejenige venerische Affektion dar, die auch einer minder zuverlässigen Kontrolle am leichtesten auffällt, und bei der die Behandlung schnell zur definitiven Ausschaltung der Uebertragungsfähigkeit führt. Jede Kontrolle wird vor allem zu einer Einschränkung des — wenig bedeutsamen — weichen Schankers führen.

Es ist also zu betonen, daß die zahlenmäßigen Ergebnisse der hier diskutierten Verhältnisse kein näher verwertbares Beweismaterial in dem Streite um die Reglementierung abgeben können. Sie lassen keinen einwandfreien oder gar bedeutenden Einfluß der Einführung wie der Abschaffung des Systems in seiner Rückwirkung auf die englische Armee erkennen. Wir werden deshalb aber nicht zugeben können, daß darin ein Beweis für die generelle Unwirksamkeit der Reglementierung läge, ebensowenig wie es uns zusteht, ohne weiteres vorauszusetzen, daß ohne die „Contagious diseases Act" die Zustände in der englischen Armee noch schlimmer geworden wären.

Wie es allgemein mit der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in England steht, darüber ist kein verwertbarer zahlenmäßiger Beleg vorhanden. Ein Teil der englischen Aerzte vertritt die Ansicht, daß in der durch keine Reglementierung geschützten Bevölkerung die venerischen Affektionen keinesfalls stärker verbreitet seien als in den Ländern des Kontinents, die eine Reglementierung besitzen, und daß vor allem ein Rückgang jener Krankheiten in England stattfände.

Die Statistik der Syphilis wird von klinischen Gesichtspunkten ausgehen, die eine primäre Syphilis („harter Schanker“, Primäraffekt), sekundäre und tertiäre Syphilis und daneben noch die hereditäre Syphilis unterscheiden lassen. Die klinische Einreihung eines Falles in diese Kategorien kann im allgemeinen keinen Schwierigkeiten begegnen. Für die Statistik aber wird eine solche Rubrizierung je nach der Fragestellung entweder zu detailliert oder im Gegenteil noch nicht genügend fein sein. So gilt es einmal, in einem Beobachtungskreise für einen bestimmten Zeitraum die Zahl der ansteckungsfähigen Elemente kennen zu lernen: als Maßstab wäre die Summe der Fälle von Primäraffekten und sekundärer Syphilis zu nehmen; ein anderes Mal handelt es sich darum, die Zahl der frischen Syphilisinfektionen festzustellen: hier wären nur die Primäraffekte und — wo diese der Beobachtung entgangen sind — die eventuell beobachteten ersten Ausbrüche der sekundären Syphilis zu zählen; man gelangt also dann zu einer Unterscheidung zwischen frischer Syphilis und Syphilisrezidiv. Diese beiden Beispiele zeigen schon, daß eine bereits detaillierte Rubrizierung der Fälle in einer Syphilisstatistik nicht allen naheliegenden Fragestellungen gerecht werden kann. Ein Schema aber, das alle Möglichkeiten der Fragestellung umfaßte, würde so kompliziert und setzte eine solche Vertiefung in jeden Einzelfall voraus, daß ihm wohl die Militär-, Krankenhaus- und Prostituiertenstatistiken oder vor allem kleinere Untersuchungsreihen entsprechen können, wenn sie mit besonderer Sorgfalt unternommen werden, daß aber seine Anwendung bei umfassenden Erhebungen scheitern müßte. Wenn daher — wesentlich mit Rücksicht auf die Syphilis — der Ruf nach vergleichbaren Länderstatistiken mit gleichartiger Nomenklatur laut geworden ist, so muß vor allem die Einheitlichkeit der Fragestellung in den Vordergrund gerückt werden. Es wäre verfehlt, in einem solchen Zusammenhange die Fragestellung zu komplizieren; je einfacher die Frage, desto zuverlässigere Beantwortung ist zu erwarten. An zwei Punkten haftet nun das Hauptinteresse für jede Landesstatistik der venerischen Krankheiten. Erstens handelt es sich darum, die Zahl der ansteckungsfähigen Kranken zu einem bestimmten Zeitpunkt zu kennen, und zweitens darum, die Zahl der Neuinfektionen innerhalb eines gegebenen Zeitraumes festzustellen. Beide Fragen sind aber für die Syphilis nicht gemeinsam ohne Komplikationen des Schemas zu beantworten, und man hat sich deshalb darauf beschränken wollen, nur die eine von beiden zu berücksichtigen. Während das Schema der preußischen Enquete von 1900 in der Zusammenfassung von primärer und sekundärer Syphilis den Maßstab für die ansteckungsfähigen Fälle geben will, ist beispielsweise von Le Pileur, Ciarrocchi u. a. vorgeschlagen, nur die Primäraffekte für die vergleichende Länderstatistik auszusondern und damit die Zahl der Uebertragungen der Syphilis zu fixieren. Es wäre unter manchen Gesichtspunkten verlockend, diesen letzteren Vorschlag anzunehmen. Wir hätten eine Statistik in einfachster Form, die uns an einer tatsächlichen Feststellung die Höhe der von der Syphilis ausgehenden Gefahr lehrte und uns nicht, wie bei Aufstellung der infektiösen Fälle, nur auf die Gefährdungsmöglichkeiten verwiese. Ein Versuch, darüber hinaus etwa aus der Zahl der Primäraffekte die Menge der sekundär-syphilitischen Kranken zu „berechnen“ (!), kann nicht gutgeheißen werden. Fourniers Schätzung aus seiner persönlichen Klientel, daß auf eine Ansteckung, die von einem Primär-

affekt ausgeht, 10 Uebertragungen von Fällen im Sekundärstadium herauskommen, berechtigt keineswegs zu einer so weitgehenden Verwertung eines solchen Rechenexempels.

Gegen die einfache Statistik der Primäraffekte, die uns ein Urteil über die soziale Bedeutung der Syphilis geben soll, ist aber nun weiter einzuwenden, daß sie, abgesehen von den Schwierigkeiten, die aus Fällen mit zweifelhaften Diagnosen erwachsen, weit hinter der tatsächlichen Erkrankungshöhe zurückbleiben wird, schon weil erfahrungsgemäß ein großer Teil der Syphilitischen erst im Sekundärstadium zur Beobachtung kommt, andere gar erst wegen tertiärer Symptome die ärztliche Hilfe aufsuchen. Der Fehler sollte dadurch gemildert werden, daß in der Statistik die frischen sekundären noch nicht behandelten Syphilisfälle hinzugefügt würden. Es geht aber nicht an, vorauszusetzen, daß der Registrierende bei den Kranken, die im Sekundärstadium der Syphilis ärztliche Hilfe aufsuchen, ermitteln und aufzeichnen könnte, ob der Patient wegen seiner Affektion bereits in ärztlicher Behandlung gestanden und demgemäß wohl schon für die Statistik verwertet worden ist, und ob seine Erkrankung noch genügend frisch ist, um die Einreihung unter die Syphilis recens zu gestatten.

So wird für eine Statistik der venerischen Krankheiten, wenn sie auch nur die nächsten Detailauskünfte liefern soll, kaum eine einfachere Nomenklatur brauchbar sein als diejenige, die auch von der internationalen Konferenz in Paris vorgeschlagen wurde:

Syphilis,
a) primär,
b) sekundär,
c) tertiär,
d) hereditär,
weicher Schanker,
Gonorrhöe der Erwachsenen,
gonorrhoische Erkrankungen der Kinder.

Nur die letzte Rubrik erscheint nicht gerade als notwendig.

Allzu exakte Einblicke werden wir auch von einer derartigen Statistik nicht erwarten dürfen, aber sie könnte wenigstens die Anfänge genauerer Feststellungen bringen. Die Zuverlässigkeit der Landesstatistiken wird dabei in erster Linie von der Größe des Bruchteils von Kranken abhängen, die überhaupt der ärztlichen Beobachtung entgehen, zweitens aber von der Gewissenhaftigkeit, mit der sich die Gesamtheit der Aerzte der Registrierung unterzieht. Aber es besteht vorläufig überhaupt keine Aussicht, daß die statistische Meldepflicht der Geschlechtskrankheiten, die in den skandinavischen Ländern existiert, von einem anderen europäischen Lande eingeführt würde.

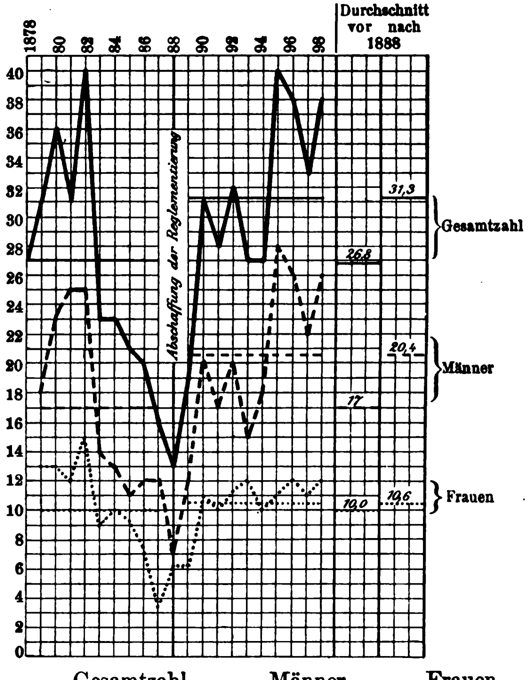
Unser statistischer Exkurs belehrt uns, wie weit wir davon entfernt sind, vollwertiges Vergleichsmaterial für die Höhe der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in den verschiedenen Ländern zu besitzen. Die eine der Fragen, von der wir ausgingen, ob eine Gegenüberstellung der Erkrankungshöhe reglementierter und nicht-reglementierter Länder ein Urteil über den Wert der Prostituiertenkontrolle ermögliche, erscheint schon deshalb im ablehnenden Sinne entschieden. Für die zweite Frage aber, wie weit die Systemänderung innerhalb ein und desselben Landes sich statistisch widerspiegele, scheint Nor-

wegen die Möglichkeit einer zuverlässigen Beantwortung offen zu lassen. Eine zahlenmäßige Vergleichung der Zustände vor und nach Aufhebung der Reglementierung (1888) ist dort durchführbar. Wenn die Jahresstatistiken des ganzen Landes nun keinen wesentlichen oder eindeutigen Einfluß der geltenden und der aufgehobenen Reglementierung erkennen lassen, so ist das um so weniger zu verwundern, als ja die ganze Frage eigentlich nur die Hauptstadt des Landes betrifft; wenn irgendwo, so muß in der Spezialstatistik von Christiania der Einfluß des veränderten Systems zu erkennen sein. Bei dieser aber kommt als günstiges Moment für die Berechnung in Betracht, daß in Christiania alljährlich eine genaue Volkszählung stattfindet, die also erlaubt, zuverlässiger festzulegen, wie weit eine Zunahme in der Höhe der venerischen Erkrankungen mit dem Anwachsen der Bevölkerungszahl Schritt hält.

Ich habe in den folgenden Kurven versucht, für Christiania die Syphiliszahlen in den Dezennien vor und nach 1888, dem Jahre der Abschaffung der Reglementierung, etwas genauer zu vergleichen.

Die wesentlichen Ergebnisse sind folgende:

Die Kurve zeigt recht bedeutende Schwankungen, der höchste Gipfel, der sich in der Zeit vor Aufhebung der Ueberwachung findet, wird auch in den 90er Jahren nicht überschritten; immerhin ist die Durchschnittszahl in der nicht-reglementierten Periode größer, und diese Zunahme wird noch etwas höher einzuschätzen sein, als den gegebenen Zahlen zu entnehmen ist, wenn tatsächlich, wie behauptet wird, in der Zeit der Reglementierung unberechtigterweise eine größere Zahl von Rezidiven in die Statistik mit aufgenommen wurde.



Christiania. Jährliche Anzeigen der Fälle von frischer erworbener Syphilis, auf je 10000 Einwohner berechnet.

Auffallen muß, daß die sinkende Tendenz der Kurve, die gerade im Jahre 1888 den größten Tiefstand erreicht, mit der Aufhebung der Prostituiertenkontrolle sofort sehr deutlich in die entgegengesetzte Richtung umschlägt. Man wird um so weniger geneigt sein, dieses Verhalten, das ja ohne weiteres auf eine Beziehung zu dem Systemwechsel hinzuweisen scheint, als Spontanschwankung zu deuten, wenn man die Kurve der Männer und Frauen gesondert betrachtet. Beide folgen im Groben dem Verlauf der Hauptkurve, aber die Zunahme der

Erkrankungen in den 90er Jahren ist fast ausschließlich auf Rechnung der Männer zu setzen. Die Schwankungen halten sich bei der Kurve der Frauen in dieser Zeit zudem innerhalb sehr enger Grenzen.

Setzt man nun voraus, daß das registrierte Verhältnis (Zunahme der Erkrankungen bei den Männern, fast unveränderte Erkrankungshöhe bei den Frauen) den tatsächlichen Zuständen entspricht, so wäre wohl die Deutung möglich, daß die Zahl kranker Prostituierter keineswegs zugenommen habe, daß ihre Klientel aber angewachsen sei — und BLASCHKO verweist darauf, daß seit Beginn der 90er Jahre in Christiania eine starke Einwanderung vom Lande her stattfand, die sehr wohl in diesem Sinne mitverwertet werden könnte. Der dominierende Faktor läge also dann nicht in der Systemänderung. Aber man wird sofort auf die Wahrscheinlichkeit zu verweisen haben, daß die Zunahme der männlichen Erkrankungen auch ein Anwachsen der weiblichen zur Folge haben mußte. Und tatsächlich leiten die Erfahrungen, die man am Hautkrankenhaus in Christiania machte, zu einer solchen Auffassung hin. HEIBERG HANSTEEN berichtete, daß seit Abschaffung der Reglementierung die Zahl der Prostituierten, die vordem die größte Menge der dort verpflegten weiblichen Geschlechtskranken ausmachte, auf ein Viertel zurückgegangen sei, und daß an ihre Stelle nunmehr Arbeiterinnen, Dienstboten aus Bürgerhäusern, kurz Angehörige solcher Klassen getreten seien, die vordem nur eine weit geringere Zahl von Infizierten gestellt hatten. Die Aufhebung der Reglementierung hätte demnach ein Eindringen der Geschlechtskrankheiten in weitere Kreise zur Folge gehabt.

Die angeführten Krankenhauserfahrungen allein können das allerdings nicht mit Sicherheit erhärten. Die wohl erklärliche Abneigung von Nicht-Prostituierten, sich unter Voraussetzungen in Krankenhausbehandlung zu begeben, unter denen sie gewissermaßen den gewerbsmäßigen Dirnen angegliedert werden, konnte viele Frauen am Eintritt ins Krankenhaus hindern, solange dort die Prostituierten dominierten. Von diesem Gesichtspunkte aus wäre es sogar möglich, der Aufhebung der Reglementierung die günstige Folge zu unterstellen, daß sie die bessere Behandlung von Elementen begünstigt hätte, deren gesundheitlicher Schutz dem Gemeinwesen besonders angelegen sein muß. Aber demgegenüber bleibt allemal die Tatsache bestehen, daß die Prostituierten nach Wegfall des Zwanges sich der Krankenhausbehandlung entziehen und bestenfalls eine ambulatorische Kur durchmachen, die keinerlei Gewähr bietet, daß nicht diese Kranken ihr Gewerbe fortsetzen und damit ihre Affektionen weiterverbreiten. Und daß tatsächlich die Prostitution in Christiania nach Aufhebung der Reglementierung weder an Umfang noch an Gefährlichkeit abnahm, dafür sprechen alle möglichen Erfahrungen. Nach Ansicht der Polizei ist die Zahl der Dirnen gewachsen, die Gassenprostitution hat sich vermehrt, und eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten unter den Dirnen ist in diesem ganzen Zusammenhange höchst wahrscheinlich geworden. Demnach sprechen zwar die Zahlen nicht eindeutig dafür, daß die Abschaffung der Reglementierung in Christiania zunächst hygienisch ungünstig gewirkt habe, aber die angestellten Erwägungen lassen eine solche Annahme als gerechtfertigt erscheinen. Verallgemeinernde Schlüsse sind aber abzulehnen, so lange die Fehler des „neuen" norwegischen Systems als vermeidbar gelten können. Dazu kommt, daß dem Maximum gemeldeter Erkrankungen, das in die Jahre 1895—99 fällt, nun seitdem

eine erhebliche Abnahme gefolgt ist. Die Steigerung war aber mit einer sehr glänzenden Periode im Geschäftsleben von Christiania, mit einer sehr lebhaften Bautätigkeit, mit Zunahme der Bevölkerung und mit Gelegenheit zu sehr reichlichem Verdienste für die Arbeiterschaft zusammengefallen. Die Abnahme der Zahl der Geschlechtskranken trifft zusammen mit dem Eintritt ungünstiger geschäftlicher Konjunkturen, mit Lahmlegung der Bautätigkeit und Industrie und mit dem Sinken der Arbeitslöhne (HEIBERG HANSTEEN). Die Voraussetzungen liegen also viel zu kompliziert, als daß man es wagen dürfte, einen eindeutigen und nachhaltigen Einfluß der Aufhebung der Reglementierung herauszulesen.

Italien ist das letzte hier zu betrachtende Land, das in der Reglementierungsfrage ein Massenexperiment unternommen hat. Die früher angeführten Grundlagen des neuen Systems mit den vielfachen Verlegenheitsmaßregeln, die Reglementaristen wie Abolitionisten zugleich befriedigen möchten, ergeben, daß von einer wirksamen Ueberwachung der Prostituierten nicht die Rede sein kann, und dieser Eindruck wächst, wenn wir beispielsweise aus dem Berichte TOMMASOLIS erfahren, daß Nachlässigkeit und böser Wille die Bestimmungen des geänderten Systems vielfach nur mangelhaft zur Ausführung kommen ließen. Die Zahl der überwachten Dirnen ist seit Aufhebung der CAVOURschen Reglementierung wesentlich heruntergegangen, wie die folgenden Beispiele zeigen:

Zahl der überwachten Prostituierten.

	1888	1898
Neapel	über 1000	225
Rom	über 600	200
Palermo	ca. 400	ca. 300
Messina	ca. 200	40
Livorno	143	71

Die Zahl der überwachten Dirnen ist von 10442 im Jahre 1881 auf 5405 im Jahre 1901 gesunken. Die Bevölkerungsziffer hat in dieser Zeit um 4 Millionen zugenommen. Nach einer Schätzung wären $^9/_{10}$ der italienischen Prostituierten nicht überwacht.

Dabei war die ärztliche Untersuchung nach dem, was TOMMASOLI 1899 mitteilte, als höchst mangelhaft zu bezeichnen. Der gewöhnliche Untersuchungsarzt braucht keinerlei spezialistische Kenntnisse zu besitzen, der Verdacht, daß geschäftliche Interessen sein Verhalten beeinflussen, lief mit unter, die Untersuchung, die von den Dirnen direkt an den Arzt honoriert wird, findet in der Wohnung der Prostituierten statt und läßt an Exaktheit alles zu wünschen übrig, die Behörden verzichten mehr als billig auf das Recht ihrer kontrollierenden Einmischung. So ist es begreiflich, daß die ganzen Zustände seit der CRISPIschen Aenderung einer Nichtreglementierung gleichgestellt werden konnten.

Aerztlicherseits ist nun anfangs immer wieder hervorgehoben worden, daß dieser Wechsel in Italien eine wesentliche Zunahme der Geschlechtskrankheiten und speziell der Syphilis zur Folge hatte. Aber ein zuverlässiger statistischer Beweis fehlt. Man ist auf die Verwertung von Teilstatistiken angewiesen, die sich vor allem auf die Armee, auf Krankenhäuser und Ambulatorien, endlich auf die Zahl

der syphilitischen Findelkinder beziehen. Manche dieser Statistiken sind gewiß im Sinne einer lokalen Verschlimmerung der Zustände verwertbar (SCARENZIO-Pavia, DE AMICIS-Neapel), manche haben leider ein anscheinend schlagendes Resultat durch eine tendenziöse Verschiebung der Zahlen zu erreichen gewußt, im großen und ganzen finden sich viele Widersprüche in den zahlenmäßigen Feststellungen der verschiedenen Orte. Ja, die Zahlen der Armeestatistik, für die doch die Möglichkeit einer eindeutigen Beurteilung erwartet werden durfte, lassen — je nach der Art, wie der Vergleich mit dem vorhergegangenen Dezennium angestellt wird — dem einen (TOMMASOLI) eine Zunahme der Syphilis im Heere ebenso gewiß erscheinen, wie der andere (SANTOLIQUIDO) eine unbestreitbare Abnahme aus ihnen ableitet.

Alles in allem erscheint TOMMASOLI ein Anwachsen der venerischen Krankheiten und speziell der Syphilis unverkennbar. Ganz anders spiegeln sich die Zustände in der jüngsten Beurteilung durch SANTOLIQUIDO, den Generalinspektor des italienischen Sanitätswesens, wider. Ihm ist es unzweifelhaft, daß die Geschlechtskrankheiten in Italien zurückgehen. Ein überzeugter und begeisterter Anhänger des neuen „Systems der Freiheit“, behauptet er, daß der sanitäre Dienst in den Bordellen gut geordnet sei, daß Kenntnis und Vertrauenswürdigkeit der dort funktionierenden Aerzte, die der Bestätigung der Behörden unterstehen, zu keinen Klagen berechtigten, daß die behördlichen Superrevisionen reichlich stattfänden. Als das wichtigste und erfreulichste Mittel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hätten sich die freien Behandlungsinstanzen bewährt, die auch seitens der heimlichen Prostitution immer mehr in Anspruch genommen würden. Darüber, daß die Dispensarii in den 90er Jahren in steigendem Maße von Frauen aufgesucht wurden, kann kein Zweifel bestehen; dagegen erlauben die Mängel der Statistik kein sicheres Urteil über den Höhenstand der geschlechtlichen Krankheiten in Italien und ihre Beeinflussung durch die Aufhebung des alten Reglementierungssystems. Die prinzipiell hochwichtige Frage, ob freie Behandlungsmöglichkeiten in ihrem Erfolge gerade bei der gewerbsmäßigen Prostitution ein System präventiver Untersuchungen und obligatorischer Behandlung ersetzen können, findet meines Erachtens in den italienischen Zahlen keine Beantwortung. Daß dagegen die Erleichterung der Behandlung für die breite Masse des Volkes von außerordentlicher Bedeutung werden kann und daß die Verfolgung dieses Prinzipes für Italien einen neuen wesentlichen Faktor in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten darstellt, bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung.

Der Versuch, aus dem Vergleich der Erfahrungen verschiedener Länder eine Entscheidung über den sanitären Wert der Reglementierung zu gewinnen, führt nicht zum Ziele.

Die Erkrankungen der Prostituierten.

Wenn die ärztliche Betrachtung die Reglementierung der Prostituierten als gegebene Tatsache und derzeitige Basis für praktisches Vorgehen annehmen muß, so darf sie sich doch das Recht nehmen,

die Frage der Ueberwachung der Prostituierten zunächst von rein medizinischen Gesichtspunkten aus anzugreifen. Will jene Kontrolle die jeweilige Ausschaltung kranker Prostituierter und ihre Heilung erreichen, so hat sie vor allem zu berücksichtigen, wie weit ihre Mittel nach Art und Umfang mit den Forderungen des Arztes und Hygienikers in Einklang stehen. So wollen wir zunächst versuchen, ein Urteil darüber zu erlangen, wie der moderne Stand der Wissenschaft den Verlauf und die Heilungsbedingungen der ansteckenden Geschlechtskrankheiten und die genaueren Voraussetzungen ihrer Uebertragbarkeit beurteilt und welche Besonderheiten sich dabei für das Weib und speziell für die Prostituierte ergeben. Daraus lassen sich die Forderungen entwickeln, die der Arzt für eine hygienisch wirksame Prostituiertenüberwachung aufstellen muß, und es wird sich zeigen, wie weit die tatsächlich geübte Ueberwachung diesen Anforderungen gerecht wird, wie weit sie endlich durch mehr oder minder radikale Umgestaltung zu befriedigenderen Ergebnissen gelangen könnte. Die Würdigung der tatsächlichen Erfahrungen, welche die Reglementierung sammeln konnte, wird vor der Aufstellung übertriebener und praktisch unausführbarer Forderungen schützen.

Die Syphilis der Prostituierten.

Die Syphilis stellt eine Krankheit dar, bei der die einmalige Infektion — von verschwindend seltenen Ausnahmen abgesehen — den Patienten vor einer Neuerkrankung sichert (immunisiert) und deren Ansteckungsfähigkeit nach kürzerem oder längerem Bestande selbst dann erloschen ist, wenn bei dem Patienten noch weitere (tertiäre) Krankheitserscheinungen zu Tage treten. Die ansteckungsfähige Periode ist demnach wesentlich beschränkter als die denkbare oder tatsächliche Dauer der Krankheit. Die Annahme, daß die Syphilisansteckung auf der Uebertragung eines belebten Krankheitskeimes beruhe, hat alle Wahrscheinlichkeit für sich; aber dieser Syphiliserreger ist uns unbekannt; die bisher demonstrierten und beschriebenen Syphilismikroben haben vor der Kritik nicht bestehen können, zum mindesten hat sich ihre ätiologische Bedeutung nicht erweisen lassen, und es entfällt, wenigstens vorläufig, jede Möglichkeit, mit Hilfe der bakteriologischen Methoden festzustellen, daß ein Syphilitischer in einem gegebenen Momente ansteckungsfähig sei. Ebensowenig besitzen wir feinere klinische Unterscheidungsmethoden, die — etwa in Gestalt charakteristischer Blutbefunde oder dergleichen — die Ansteckungsfähigkeit eines Individuums exakt beweisen könnten. Somit sind wir für die Feststellung der Voraussetzungen, unter denen die Syphilisübertragung möglich erscheint, gänzlich auf die Lehren der klinischen Erfahrung angewiesen, aber diese lassen über manche wichtige Punkte eine Divergenz der Ansichten zu. Manche Autoren rechnen mit der nahen Möglichkeit einer Syphilisansteckung unter Voraussetzungen, unter denen andere sie für höchst unwahrscheinlich oder gänzlich ausgeschlossen betrachten.

Als sicher kann gelten, daß die Syphilisinfektion vor allem durch die Absonderungen des Primäraffektes (des „harten Schankers") und der Krankheitsprodukte der Sekundärperiode vermittelt wird. Alle nässenden, an Haut und Schleimhäuten lokalisierten syphilitischen Manifestationen dieser Stadien lassen eine Uebertragung der Krankheit

unter der Voraussetzung direkter Berührung oder indirekter Vermittelung im höchsten Maße befürchten.

Sobald die syphilitische Allgemeininfektion erfolgt ist, d. h. sobald nach unserer Anschauung der Syphiliserreger die Eingangspforte, den Schanker, und die nächstgelegenen Lymphdrüsen passiert hat, ist auch das zirkulierende Blut ansteckungsfähig geworden. Diese Infektiosität des Blutes erhält sich keineswegs in gleichmäßig anhaltender Stärke für die Dauer der Periode der Ansteckungsfähigkeit. Wir dürfen annehmen, daß sie ihre größte Intensität in der ersten Zeit des Sekundärstadiums bewahrt, daß sie sich dann aber allmählich immer mehr abschwächt und für längere Zeiträume ganz verschwindet, wohl aber gelegentlich und in Schüben wieder auftreten kann. Das wird namentlich dann der Fall sein, wenn gewisse sekundäre Syphilisrezidive an der Haut und den Schleimhäuten erscheinen, die auf eine erneute Mobilisierung des Syphilisgiftes hindeuten. Wir besitzen also für die Dauer und Intensität der Ansteckungsfähigkeit des Blutes keinen exakten Maßstab, aber wir haben einen wichtigen Anhalt an der Zeit, die seit der Infektion verflossen ist, wie an dem Vorhandensein oder Fehlen anderer deutlicher Syphiliserscheinungen zu dem gegebenen Zeitpunkte. Daneben ist für eine solche Abschätzung auch Art und Intensität der Behandlungen zu berücksichtigen, die der Kranke hinter sich hat. Die Frage, wie weit die richtige Behandlung beschränkend auf die Ansteckungsfähigkeit der Syphilitischen und vorbeugend auf den Wiederausbruch infektiöser Symptome wirkt, nachdem die ersten Symptome der Krankheit überstanden sind, wird uns gerade mit Rücksicht auf die Prostituierten noch besonders beschäftigen.

Selbst wenn wir nun prinzipiell an der Möglichkeit einer Syphilisübertragung durch Blut oder gewisse Blutbestandteile für die Dauer der ganzen Sekundärperiode festhalten wollten, dürften wir diese Gefahr für die Zeit der Latenz der Syphilis keineswegs hoch einschätzen. Dazu kommt, daß eine solche Ansteckung überhaupt erst den Austritt des infektiösen Blutes aus der Zirkulation und eine Ausscheidung nach außen zur Voraussetzung haben müßte.

Nicht ansteckend sind für die ganze Zeit der infektiösen Periode — also auch in Stadien vorhandener höchster Gefährlichkeit — alle jene Manifestationen der Krankheit, die keine Absonderung zeigen, demnach vor allem ein großer Teil der Hautausschläge; ebensowenig sind die physiologischen Sekrete und Exkrete Syphilitischer infektiös. Speichel, Schweiß, Haut, Tränen und wohl auch die Milch solcher Kranker vermitteln also an sich, d. h. dann, wenn sie von spezifischen Beimengungen frei sind, keine Ansteckung (auf die Sonderstellung, die dem Sperma zugeschrieben wurde, haben wir hier nicht weiter einzugehen). Als ungefährlich gelten aber auch pathologische nichtspezifische Produkte der Syphilitischen, wie beispielsweise die Absonderungen solcher entzündlicher und katarrhalischer Prozesse, die mit der Syphilis selbst nichts zu tun haben. Die Richtigkeit dieser Anschauung ist nicht unbezweifelt geblieben; aber auch wenn man sie anerkennen will, so schränkt doch die Erfahrung ihre praktische Verwertung gewaltig ein; denn jene an sich ungefährlichen Absonderungen erlangen die Möglichkeit der Syphilisübertragung überall da, wo zu ihnen spezifische Beimengungen von syphilitischen Krankheitsherden aus oder aus dem Blute des Patienten hinzutreten. Der harmlose Speichel eines Syphilitischen wird übertragungsfähig, wenn

eine syphilitische Erkrankung der Mundhöhle besteht, der die schützende Schleimhautdecke fehlt. Ein an sich gleichgültiges Bläschen an der Haut kann die Infektion vermitteln, wenn aus ihm ein Blutströpfchen absickert, das syphilitische Keime enthält. Die Milch einer syphilitischen Amme mag an sich ungefährlich sein, aber aus der kleinsten Schrunde an der Brustwarze kann sich ihr bedenkliches Material beimischen. Der Trippereiter, der aus der Gebärmutter einer Syphilitischen quillt, wird an sich nur zunächst wiederum eine Trippererkrankung vermitteln, aber er kann zum Träger des syphilitischen Giftes werden, ohne daß sichtbare Zeichen der Syphilis an den Geschlechtsteilen bestehen, wenn sich nur ein kleiner, kaum blutender Einriß am Mutterhalse findet.

Die Gefahr, die unter solchen Bedingungen von einem Syphilitischen ausgeht, ist verschieden hoch zu bewerten, je nach dem Stadium der Krankheit und je nach dem Vorhandensein oder Fehlen deutlicher spezifischer Symptome. Sie verlangt die stärkste Beachtung in jedem Falle, wenn der Kranke irgend welche floride Symptome zeigt, für die Zeiten der Latenz dagegen gelten hier jene Sätze, die allgemein für die Ansteckungsfähigkeit des Blutes in dieser Periode aufzustellen waren.

Somit ergibt sich folgendes: Es sind zwar bei weitem nicht alle Erscheinungen der Syphilis und nicht einmal alle Symptome der infektiösen Periode ansteckungsfähig, andererseits aber kann eine Ansteckung von Körperstellen ausgehen, die an sich gar keine syphilitische Veränderung zeigen, an denen aber ein Oberflächendefekt den Austritt von Blutbestandteilen gestattet, die das Syphilisgift beherbergen. Ein solcher Defekt kann so geringfügig sein, daß er klinisch schwerlich oder gar nicht nachzuweisen ist, und daß derart vermittelte Erkrankungen einer Infektion durch die intakte Haut oder Schleimhaut gleichzukommen scheinen. Wir müssen speziell mit der Möglichkeit rechnen, die uns bei der Ueberwachung der Prostituierten von besonderer Wichtigkeit wird, daß eine Ansteckung von den Geschlechtsteilen einer syphilitischen Person aus erfolgt, ohne daß sich dort klinisch nachweisbare Erscheinungen der Krankheit finden.

Die Beurteilung der Ansteckungsfähigkeit einer konstitutionell und latent syphilitischen Person muß somit einer unheimlichen Unsicherheit unterliegen, wenn uns nicht die Erfahrung einen Maßstab für die Graduierung liefert. Eine zuverlässige Prognose ist beim Beginne der Erkrankung nicht möglich; mögen die ersten Erscheinungen leichter oder schwerer verlaufen, so geben sie speziell kein Urteil über die zu erwartende Häufung der Rezidive. Je länger aber die Infektion zurückliegt und je genauer die Geschichte des Patienten dem Arzte bekannt ist, um so sicherer wird er sich nach dem bisherigen Verlaufe des Leidens darüber äußern können, ob und wann ein etwa Rezidiv zu befürchten sei. Aber wenn eine solche Vorhersage selbst auf ungefähre Zuverlässigkeit nur ganz bedingten Anspruch besitzen mag, so darf doch mit Bestimmtheit behauptet werden, daß die Ansteckungsgefährlichkeit für die Zeit der Latenz selbst, sobald nur einmal die ersten Monate der Erkrankung verflossen sind, als verschwindend gering einzuschätzen sei. Die Fälle, in denen von einer Person, an der auch die genaueste Untersuchung nichts von aktiven Krankheitserscheinungen hätte nachweisen können, eine syphilitische Ansteckung ausgegangen sein mag, bleiben ganz vereinzelte Vorkommnisse und sie berechtigen nicht, angesichts der überwiegenden entgegenstehenden

Erfahrungen, die Gefahr, die von den latent Syphilitischen ausgeht, in ihrem Umfang irgendwie hoch anzuschlagen. Der latent Syphilitische kann als nahezu ungefährlich gelten, und im einzelnen wird seine an sich geringe Infektionschance noch mehr eingeschränkt, je länger die Ansteckung zurückliegt, je seltener sich Rezidive gezeigt haben, je besser die Behandlung gewesen ist. Es scheint speziell, daß jene Form der Therapie, die als „chronisch-intermittierende Methode" die Kranken in den ersten Jahren der Syphilis in gewissen Abständen Quecksilberkuren auch dann unterwirft, wenn keine manifesten Rezidive vorliegen, innerhalb gewisser Grenzen Wiederausbrüche zu verhüten oder hintanzuhalten und vor allem die Infektiosität der latenten Syphilis auszuschalten im stande ist.

Auch die Behauptung, daß von tertiär-luetischen Personen Ansteckungen ausgehen können, ist nicht dazu angetan, Beunruhigung zu erwecken. Denn auch hier handelt es sich nur um höchst seltene Vorkommnisse. Zudem besteht für derartige Uebertragungen im geschlechtlichen Verkehr die erste Voraussetzung, daß das syphilitische Individuum an den Genitalien manifeste, kaum zu übersehende Erscheinungen der tertiären Syphilis darbieten müßte. Eine Ueberwachung von Prostituierten hat demnach — um diesen Punkt vorwegzunehmen — unter den tertiär-syphilitischen Dirnen zunächst nur diejenigen auszuschalten, bei denen sich die Symptome des Spätstadiums an den Geschlechtsteilen finden, und auch in diesem Falle ist es nicht in erster Linie die Gefährlichkeit der Kranken, die zum Einschreiten veranlaßt.

Welche Gesichtspunkte ergeben sich aber im übrigen aus dem Gesagten für das Vorgehen einer rationellen Syphiliskontrolle?

Unbestreitbar bleibt der Grundsatz, daß alle Personen aus dem Geschlechtsperkehr auszuschalten seien, die an den Genitalien irgend welche Symptome primärer oder sekundärer Syphilis zeigen. Die Erfahrung lehrt, daß tatsächlich die Ueberzahl geschlechtlicher Syphilisübertragungen beim Infizierenden das Vorhandensein erkennbarer Erscheinungen an den Geschlechtsteilen — speziell in Form des Pimäraffektes oder nässender Papeln — zur Voraussetzung hat. Als ansteckungsfähig haben aber für die Prostituiertenüberwachung weiter alle Personen zu gelten, die irgendwo sonst am Körper und speziell an Haut und Schleimhäuten manifeste Symptome frischer und aktiver Syphilis zeigen, sei es in Form eines extragenitalen Primäraffektes oder in Gestalt sekundärer Eruptionen. Der Einwand, daß ein Teil solcher Manifestationen an sich keine Ansteckung vermittelt, daß andere, selbst wenn sie ansteckungsfähig sind, ihrem Sitze nach für den gesunden geschlechtlichen Verkehr nicht in Frage kommen, ist nicht stichhaltig; denn nach dem Gesagten müssen wir auch bei solchen Personen mit der naheliegenden Möglichkeit genitaler Infektionen rechnen. Angesichts dieser Gefahr braucht nach weiteren Gründen für das Einschreiten der Kontrolle nicht gesucht zu werden. Aber gewiß spielt auch die Erwägung mit herein, wie weit die Prophylaxe der vom Sexualverkehr unabhängigen und extragenitalen Uebertragungen und das Interesse, das unter allen Umständen an der Heilung der Kranken bestehen muß, zum Eingreifen berechtigt.

Die Ueberwachung der Prostituierten würde ihrem Ziele nur mangelhaft dienen, wollte sie nicht auch die extragenitalen Uebertragungen der Krankheit mitberücksichtigen. So wenig es sich darum handeln dürfte, Verirrungen des Geschlechtsverkehrs Vorschub

zu leisten, kann vor allem die Gefahr nicht unberücksichtigt bleiben, die bei Prostituierten besonders von syphilitischen Krankheitsherden im Bereiche des Mundes ausgeht. Ansteckungen durch Kuß sind verhältnismäßig häufig. Die Möglichkeit anderer, von sexuellen Beziehungen unabhängiger Infektionen hängt von den spezielleren Lebensbedingungen der Prostituierten ab und ist vielleicht in erster Linie im Zusammenhang mit der Wohnungsfrage zu berücksichtigen. Sicher besteht aber gerade an der Verhinderung solcher Ansteckungen („Syphilis insontium") das allertiefste Interesse.

Strittig bei der Beurteilung der Ansteckungsfähigkeit können also nur Fälle im Latenzstadium bleiben, bei denen im gegebenen Momente sich zwar keinerlei frische Erscheinungen oder Rezidive der Syphilis nachweisen lassen, bei denen aber aus der Vorgeschichte der Kranken oder aus gewissen objektiven Anhaltspunkten (Leukoderm!) hervorgeht, daß es sich um Personen im infektiösen („kondylomatösen") Stadium der Krankheit handelt. Nach den oben entwickelten Gesichtspunkten würde es prinzipiell kein nennenswertes Risiko bedeuten, die latent-syphilitischen Prostituierten in ihrem Gewerbe zu belassen, zumal wenn bei der praktischen Handhabung der Kontrolle gewisse, noch zu besprechende Vorsichtsmaßregeln eingehalten werden könnten. Es darf als sicher gelten, daß eine große Anzahl latent-syphilitischer Prostituierter ihrem Gewerbe nachgeht, ohne in diesem Stadium der Krankheit zu infizieren. Gerade unter den eingeschriebenen Dirnen der Mittelstädte findet sich ständig ein hoher Prozentsatz latent-syphilitischer: speziell für Heidelberg ließ sich das in langjähriger Beobachtung genau erweisen. Die Voraussetzungen einer derartigen kleinen Stadt ermöglichen nun aber auch beim Fehlen eines vollkommenen Ueberblickes eine genügende Schätzung darüber, daß von einer Verbreitung der Syphilis durch solche Personen nicht die Rede sein kann. Auch die Fälle von Syphilisübertragung in der Ehe lehren, daß im wesentlichen nur solche Personen anstecken, die erkennbare Syphilissymptome zeigen, und daß bei latenter Syphilis der einen Ehehälfte monatelanger regelmäßiger Geschlechtsverkehr ohne besondere Kautelen stattfinden kann, ohne daß eine Uebertragung erfolgt.

Ein radikaler hygienischer Standpunkt verlangt aber die Ausschaltung syphilitischer Prostituierter aus dem Geschlechtsverkehr für die ganze Dauer der infektiösen Periode. Darüber, daß einzig und allein eine solche Maßregel im Einzelfalle unter allen Umständen jedes Risiko ausschließen könnte, ist nicht zu streiten. Aber jene Ausschaltung wäre bei den Voraussetzungen der Prostituiertenüberwachung gleichbedeutend mit einer jahrelangen Internierung der kranken Personen, und da fragt es sich doch, ob ein derartiges Eingreifen notwendig und berechtigt wäre und ob vor allem die theoretische Forderung auf praktische Erfolge rechnen dürfte. Eine Diskussion dieser Frage ist um so notwendiger, als eine mehrjährige Internierung syphilitischer Dirnen, die früher schon von Sperk, v. Wahle, Tarnowsky, Neumann, Kaposi, Lang u. a. theoretisch vertreten wurde, in den letzten Jahren als praktische Maßregel von Finger, Jadassohn, Löblowitz u. a. gefordert worden ist.

Es wird verlangt, daß syphilitische Dirnen vom Beginne ihrer Erkrankung ab für die ganze Dauer der infektiösen Periode oder nach der speziellen Formulierung wenigstens für die Zeit von 2—3 Jahren in „Asylen" zurückbehalten werden sollten.

Diese Forderung mag zunächst als ungeheuerlich erscheinen, wenn es sich nur darum handeln soll, eine Gefahr auszuschalten, die nach dem hier vertretenen, der Anschauung der überwiegenden Zahl der Autoren entsprechenden Standpunkte eine solche Gewaltmaßregel gar nicht erforderte. Die vollkommene Gewißheit, daß bei einer Anzahl von Prostituierten jegliche Infektionsmöglichkeit beseitigt wäre, ließe sich nur dadurch erreichen, daß mit gefährlichen Elementen gleichzeitig eine große Anzahl solcher Prostituierter interniert bliebe, die ohne hygienisches Bedenken in der Zirkulation belassen werden dürften, und kein hygienischer Eifer kann uns vergessen lassen, welchen Eingriff in die persönliche Freiheit eine mehrjährige Internierung bedeutet, mag dafür auch die denkbar mildeste Form gefunden werden. Das Problem, solche Anstalten zu schaffen, in denen der Zwang völlig zurückträte, die nichts mit Gefängnissen gemein hätten und aus denen doch ein Entweichen der Insassinnen vollkommen verhindert wäre, ist unlöslich; daß aber die Prostituierten sich jenen Asylen nach Möglichkeit entziehen würden, erscheint sehr begreiflich.

Man vergegenwärtige sich dabei den Umfang, in dem die Asylierung durchgeführt werden müßte; zumal wenn nicht nur die Inskribierten, sondern auch die geheimen Prostituierten ihr unterstellt werden sollten. (Das Verlangen, jene Maßregel auf alle syphilitischen weiblichen Personen auszudehnen [!], kann füglich übergangen werden.)

Nun schätzt z. B. Löblowitz für Wien die Zahl der heimlichen Prostituierten sehr gering ein (auf das Zwei- bis Dreifache der Eingeschriebenen) und berechnet daraus eine Gesamtzahl von 6—8000 Prostituierten. Von diesen befänden sich im infektiösen Stadium etwa 45 Proz., was die Notwendigkeit bedeutete, 2700—3500 Dirnen nur wegen ihrer Syphilis in Asylen unterzubringen.

Spätere Ausführungen werden uns zeigen, daß in jedem gegebenen Momente unter den Prostituierten einer Stadt sich mindestens ein Drittel latent Syphilitische befinden. Diese ganze Zahl soll nun auf einmal interniert werden. Die Schwierigkeiten der Uebergangszeit wären ungeheure. Vor allem würde die Herausnahme so vieler Dirnen aus ihrem Gewerbe einen wesentlichen Nachschub frischer Elemente in die Prostitution veranlassen, der durch Gegenmaßregeln kaum hintanzuhalten wäre, und dieses Nachströmen fände, wenn auch vielleicht in vermindertem Grade, auch späterhin statt. Denn ich vermag ebensowenig wie Blaschko, Jadassohns Argumentierung gutzuheißen, der nur eine vorübergehende Vermehrung der Prostituierten durch jene Asylierung gelten lassen möchte, da ja nach 2 Jahren die Erstinternierten ihrem Gewerbe zurückgegeben würden und nunmehr als ungefährliche Elemente besonders zu schätzen wären. Wenn die Berechnung Jadassohns stimmte, so wäre der Erfolg der Asylierung im höchsten Maße deprimierend. Zwei kostbare Jahre sollen darauf verwendet werden, hygienisch ungefährliche Dirnen zu schaffen, wo ein nicht unbeträchtlicher Teil der Dirnen so wie so nach kurzer Zeit wieder aus der Prostitution ausscheidet.

Müßte nicht alles darauf verwendet werden, womöglich in jener Zeit durch Erziehung und Anleitung zur Arbeit die Kranken für eine anständige Erwerbstätigkeit wiederzugewinnen, und hätte man nicht die Pflicht, die Entlassenen mit allen zu Gebote stehenden Mitteln am Wiedereintritt in die Prostitution zu hindern? Von solchen Gesichtspunkten aus betrachtet, wären Prostituiertenasyle um so eher gutzu-

heißen, je weniger ihr Erfolg den Berechnungen JADASSOHNS entspräche. Die Erziehungsanstalt aber hat sich nicht auf die syphilitischen Dirnen zu beschränken, sie soll die Prostituierte womöglich vor einer Erkrankung in ihre Obhut bekommen. Wie lange Zeit aber eine Prostituierte unter der Obhut eines solchen Erziehungsasyls bleiben solle, das darf nicht in erster Linie durch die Rücksicht auf jene Krankheit bestimmt werden, und häufig genug würde es sich als wünschenswert und berechtigt erweisen, die Asylierte früher zu entlassen, als jener hygienischen Maxime entspricht. Läßt es sich ermöglichen, die Entlassene unter Lebensbedingungen zu bringen, die sie von der Prostitution fern halten, so fällt auch das Interesse der Hygieniker an der langdauernden Internierung der Patienten fort.

Nun berechnen aber Anhänger der Asylierung, daß die jetzige Kontrolle, wenn sie gewissenhaft durchgeführt werden soll, in praxi zu einer intermittierenden Hospitalisierung der syphilitischen Prostituierten führen müsse, die an Gesamtdauer gar nicht so wesentlich hinter der zweijährigen Internierung zurückbleibe. Vom Momente der Konstatierung des Primäraffektes bis zur Absolvierung der ersten gründlichen Kur, die erst nach Auftreten unzweideutiger Sekundärsymptome zu beginnen habe, vergingen 10 Wochen, die Rezidive, die sich in den ersten Jahren häuften, oder auch die Sicherungskuren, die zur Verhinderung des Wiederauftretens von Sekundärerscheinungen unternommen würden, erheischten regelmäßig einen Aufenthalt von mehreren (4—6) Wochen im Krankenhaus, jede noch so geringfügige nichtsyphilitische Veränderung an den Genitalien zwinge zur vorübergehenden Hospitalisierung, und diese Notwendigkeit ergäbe sich bei einem Teil der Prostituierten, wie beispielsweise solchen mit rezidivierendem Herpes in gehäufter Wiederholung. Aber auch abgesehen von diesen vielfachen Hospitalisierungsnotwendigkeiten, sei den Dirnen keine volle Freiheit gewährt; man bedenke nur, daß sich in jenen 2 Jahren auch des öftern die Spitalsbehandlung wegen Gonorrhöe notwendig erweisen könne und daß die Prostituierte im übrigen häufiger Haftstrafen anheimzufallen pflege. So hat NEISSER berechnet, daß junge Prostituierte in Breslau — syphilitische wie nicht-syphilitische — etwa ein Drittel der Zeit ihrer Ueberwachung im Gefängnis und Krankenhaus zubringen! Die Prostituierte aber, die nach ihrer Asylierung freigegeben werde, sei nicht mehr syphilisgefährlich wie die Dirne, die jetzt das Krankenhaus verläßt, sie könne unbedenklich und ohne weitere genaue Ueberwachung ihrem Gewerbe nachgehen; somit habe die Asylierung einen praktischen Wert für die Assanierung der Prostituierten, den die jetzige Kontrolle nicht besitze, trotzdem sie den Dirnen Beschränkungen auferlege, die sich an Schwere von der Zwangsmaßregel des Asyls bei näherer Betrachtung gar nicht so wesentlich unterscheiden.

Eines ist nun allerdings richtig: die Kontrolle der konstitutionell syphilitischen Prostituierten kann die Sicherheit, die wir ihr theoretisch zugesprochen haben, nur dann bieten, wenn es ihr gelingt, die Kranken unter einer lückenlos fortlaufenden Beobachtung zu behalten. Diese Gewißheit besteht nun keineswegs; einem Teil der Prostituierten gelingt es leicht, sich in einer frühen Periode der Syphilis der weiteren Kontrolle zu entziehen. Trotzdem würde die prinzipiell geforderte Asylierung erst dann gutzuheißen sein, wenn bewiesen wäre, daß jene Kontinuität der Beobachtung der Syphilitischen, die erst im Augenblick der Notwendigkeit eingreift, sich nicht auf andere und mildere

Weise herstellen ließe. Aber selbst zugegeben, daß das jetzige System seine Fehler nie beseitigen kann, lassen sich noch eine Menge von Einwänden gegen die Asylierung der syphilitischen Prostituierten anführen. Ganz abgesehen von der Betonung eines Rechtsstandpunktes, der die Notwendigkeit einer so eingreifenden hygienischen Zwangsmaßregel nicht anerkennt, sei zunächst die praktische Kostenfrage hervorgehoben. Man braucht angesichts der Zahl der latent syphilitischen Prostituierten gar nicht den Versuch eines ungefähren Kostenüberschlages zu machen, bei dem übrigens die von der Asylierung zu erhoffende Ersparnis an Hospitalisierungskosten um so weniger ins Gewicht fiele, als andere Erkrankungen der Prostituierten die Spitäler nicht überflüssig machen würden. Vor allem fiele den Asylen keine dominierende Rolle für die Bekämpfung der Gonorrhöe zu. Aber auch für den Kampf gegen die Syphilis könnten die Asyle den radikalen Erfolg, der allein ihre Einrichtung schließlich rechtfertigte, schon deshalb nicht bringen, weil ihnen nur ein Bruchteil der Prostituierten anheimfiele. Die Dirnen würden sich, um der härteren Maßregel zu entgehen, viel mehr als bisher einer präventiven Kontrolle entziehen; die Asylierung geheimer Prostituierter aber wäre durch alle möglichen Kautelen einzuengen; sie dürfte schon mit Rücksicht auf die Schwere des Eingriffs nur erfolgen, wenn sich einwandfrei etwa auf Grund eines Gerichtsverfahrens der Beweis erbringen ließe, daß die betreffenden Personen gewerbsmäßige Prostitution getrieben haben, und ein derartiger Nachweis ist überaus schwierig zu liefern; die Ausdehnung der Asylierung auf alle weiblichen Personen aber, deren Syphilis zur Kenntnis der Behörden gelangte, stellte eine ungesunde Utopie dar.

Uebrigens würde auch die 2-jährige Asylierung die Infektionsgefährlichkeit der unterstellten Dirnen nicht völlig beseitigen können. Es ist für den Einzelfall unmöglich, das Ende der infektiösen Periode von vornherein abzugrenzen. In einem Bruchteil der Fälle zeigen sich ansteckungsfähige Symptome noch lange Zeit nach der Infektion. Ich verweise auf folgende Angaben:

Barthélémy fand unter 531 Fällen an sich gutartiger Syphilis 20, in denen die Patienten nach mehr als 2 Jahren noch kontagiöse Erscheinungen darboten. Feulard bestimmte als gewöhnliche Dauer der Kontagiösität 3—4 Jahre.

Tarnowsky hat über 1000 länger als 5 Jahre beobachtete Fälle berichtet. Als mittlere Dauer der kondylomatösen Periode gibt er 3 Jahr an, aber er fand Sekundärerscheinungen:

in 167 Fällen nach Ablauf von 5 Jahren
„ 26 „ „ „ „ 10 „
„ 5 „ „ „ „ 15 „

Infektion durch späte Sekundärformen ist selbst nach 29-jähriger Krankheitsdauer angenommen worden (Tarassewitsch).

Demnach macht auch die mehrjährige Internierung die spätere Kontrolle der Prostituierten auf Syphilis nicht überflüssig, und ein Bruchteil der Ueberwachten müßte einer wesentlich längeren Isolierung anheimfallen, oder neben dem Syphilisasyl muß für die späteren Rezidive das Syphilisspital in seine Rechte treten. Große Verlegenheit können nun endlich den Asylierungsversuchen jene zahlreichen Dirnen schaffen, die nicht mit den ersten Erscheinungen der Krankheit in Beobachtung treten, bei denen aber Erscheinungen eines Rezidivs die Syphilis aufdecken, ohne daß sich feststellen ließe, wie lange die Krank-

heit schon besteht. Auf wie lange Zeit will man diese Personen internieren, bei denen vielleicht auch in mehrjähriger Beobachtung kein Rezidiv mehr zum Vorschein kommen wird, bei denen andererseits aber selbst eine vielmonatliche Beobachtung nicht die Sicherheit gibt, daß die Ansteckungsfähigkeit wirklich erloschen ist? Oder die Kontrolle ergibt bei einer Dirne ein Leukoderm, das beweist, daß die Patientin sich einmal syphilitisch infiziert hat. Aber die Krankheit kann nach jenem Symptome ebensogut 2 Jahre alt sein wie wenige Monate, und die Vorgeschichte der Kranken gibt nicht die geringste nähere Auskunft. Will man unter solchen Umständen überhaupt eine Asylierung durchführen und auf wie lange Zeit?

Wir können uns mit der allgemeinen Forderung der Syphilis-Asyle nicht befreunden; sie erscheint uns unter hygienisch-theoretischen Gesichtspunkten nicht notwendig, und in einer praktisch durchführbaren Form als ungenügend wirksam. Aber die Asylierungsidee wird uns noch an verschiedenen Stellen dieser Arbeit zu beschäftigen haben. Ganz andere Tendenzen als die hygienischen arbeiten auf eine langfristige Internierung von Prostituierten hin, und selbstverständlich würde der Hygieniker die Gelegenheit, die ihm diese Voraussetzung böte, für die Assanierung der Prostitution mitbenutzen. Andererseits ergibt sich unter speziellen Voraussetzungen auch für uns die rein hygienische Forderung, manche Prostituierte für längere oder selbst unbestimmte Zeit zu internieren; diesem Zwecke können aber allerdings nicht Krankenhäuser, sondern nur Asyle dienen, d. h. Anstalten, die weniger den Charakter eines Hospitals als einer Erziehungs- und Arbeitsanstalt tragen.

Muß auch mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß eine Prostituierte die Syphilisübertragung vermittelt, ohne selbst ansteckungsfähig zu sein? Zunächst kann die Möglichkeit offen bleiben, daß eine Kranke während der ersten Inkubation der Syphilis von der Stelle des Primäraffektes aus infiziert, ehe dieser charakteristische Form angenommen hat; in solchen Fällen würde es sich nur um die Schwierigkeit handeln, den Beginn der ansteckungsfähigen Periode festzulegen. Die Möglichkeit, daß eine Prostituierte durch den geschlechtlichen Verkehr ansteckungsfähiges Material aufnimmt, ohne daß dieses an ihr haftet und daß sie durch dasselbe eine „Depotinfektion" vermittelt, ist theoretisch nicht von der Hand zu weisen; einzelne solche Fälle mögen vorkommen, die aber tatsächlich nur als seltene Kuriosa betrachtet werden müssen. Sie sind hier zu erwähnen, weil sie die Möglichkeit einer Infektion durch gesunde oder syphilisimmune Dirnen offen lassen, und weil eine direkte Ausschaltung dieser Gefahr durch die Kontrolle unmöglich wäre. Die Vorbeugung läge vielmehr in den persönlichen Sauberkeitmaßregeln der Dirnen.

Wie häufig findet sich nun die Syphilis unter den Prostituierten? Zwei verschiedene Fragestellungen haben uns hier zu beschäftigen:

1) Wie viele von den Prostituierten fallen überhaupt der Syphilis anheim?

2) Wie viele Prostituierte eines Ortes befinden sich in einem gegebenen Momente im ansteckungsfähigen Stadium? Nur die Beantwortung der letzten Frage gibt Auskunft über die tatsächliche Gefährlichkeit der Prostituierten.

Es könnte einleuchten, daß jede Prostituierte, die ihr Gewerbe eine gewisse Zeit lang betrieben hat, auch syphilitisch erkrankt sein

müßte. So hat SPERK für die Petersburger Prostituierten behauptet, daß kaum eine derselben der Syphilis entgehe, und zwar fand er die Bordellierten spätestens nach 3 Jahren, die Einzellebenden spätestens nach 5 Jahren erkrankt. Aber schon aus dieser Angabe ist umgekehrt zu entnehmen, daß manche Prostituierte trotz der Gefahr, der sie täglich ausgesetzt sind, selbst jahrelang vor der Erkrankung bewahrt bleiben, und es findet sich in jedem Beobachtungskreis ein Bruchteil von Prostituierten, die lange Jahre unter Kontrolle stehen, bei denen niemals irgendwelche Symptome der Syphilis festzustellen waren und bei denen auch vor Eintritt in die ärztliche Ueberwachung niemals Krankheitserscheinungen bestanden haben sollen.

Es ist nicht verwunderlich, wenn das vorhandene Zahlenmaterial wechselnde Prozentverhältnisse wiedergibt; denn je nach örtlichen Voraussetzungen und der Genauigkeit der Beobachtung müssen sich Unterschiede herausstellen.

SEDERHOLM fand unter 2131 Prostituierten des Stockholmer Kurhauses 759 (= 35,1 Proz.), bei denen sich kein Anhaltspunkt für Syphilis ergab. RAPP führt unter 1253 Breslauer Prostituierten 403 (= 32,1 Proz.) an, bei denen nichts von Syphilis zu konstatieren war, allerdings unter Voraussetzungen, die die Verwertbarkeit einer solchen Zahl einschränken. Die folgende Tabelle zeigt, wie lange die einzelnen unter Beobachtung standen.

Es waren seit der Kontrolleinschreibung verflossen:

Jahre:	0	1	2	3	4	5	6—10	11—15	16—x
bei % der Fälle	19,3	10,9	11,1	3,2	7,6	5,7	22,3	10,6	8,9

Ein guter Teil dieser negativen Fälle ist wegen der zu kurzen Beobachtungsfrist nicht ernstlich verwertbar. Aber NEISSER gibt eine Tabelle von 47 Breslauer Dirnen, die sich 5 Jahre lang unter regelmäßiger Kontrolle befanden und von denen am Ende dieses Zeitraumes nur 31 = 66 Proz. als syphilitisch infiziert bekannt waren.

Es waren syphilitisch inskribiert worden	11
Dazu kamen Infektionen im 1. Jahre	9
" " " " 2. "	5
" " " " 3. "	2
" " " " 4. "	4
" " " " 5. "	—

Für die Vertrauenswürdigkeit jeder hierher gehörenden Statistik sind folgende Punkte in Betracht zu ziehen:

1) Manche leichte Symptome der Syphilis können schon ihrem Sitze nach der Prostituiertenkontrolle, so wie sie allgemein geübt wird, entgehen.

2) Bei den Prostituierten, die beim Eintritt in die Kontrolle keinen Anhalt für eine vorhergegangene syphilitische Infektion darboten, ist eine langdauernde und ununterbrochene Beobachtung zu verlangen, ehe sie als syphilisimmun betrachtet werden dürften. Bei der großen Fluktuation, welcher der Prostituiertenbestand der meisten Städte unterliegt, bleibt nur für einen Bruchteil der Dirnen die Voraussetzung einer genügenden Beobachtung gewahrt. Temporäres Verschwinden aus der Kontrolle ist aber nicht selten gerade durch eine Erkrankung veranlaßt. Beachtung verdient auch, daß die Symptome, aus denen sich die Syphilis lang beobachteter und anscheinend gesund

gebliebener Prostituierten erweist, in einem Teil der Fälle ihrer Art nach nicht auf eine frische Erkrankung, sondern auf ein Rezidiv bezogen werden müssen, woraus hervorgeht, daß einer solchen Kontrolle die Anfangserscheinungen der Krankheit entgehen können.

Die näheren diagnostischen Schwierigkeiten, mit denen die Syphiliskontrolle zu rechnen hat, sind hier nicht genauer zu erörtern. In Zweifelsfällen werden verdächtige Symptome bei der Kontrolle eher als infektionsgefährlich aufgefaßt werden. Aber trotzdem bleiben manche sicherlich ansteckungsfähige Erscheinungen selbst der regelmäßigen und genauen Untersuchung verborgen. Das gilt vor allem für den Primäraffekt, wenn er in wenig charakteristischer Form auftritt („rhagadiformer Schanker“ u. dgl.), oder wenn dazu noch Schwierigkeiten nach dem Sitze sich ergeben, so speziell bei den Primäraffekten an der Portio vaginalis des Uterus.

Zumal in der Kombination mit anderen Erkrankungen der weiblichen Genitalien, vor allem der Gonorrhöe und ihren Resterscheinungen ist unter Umständen die bedenkliche Natur jener Eruptionen nur schwer zu erkennen.

3) Bei den Prostituierten, die sich innerhalb eines genügend langen Zeitraumes unter Beobachtung befanden, ohne jemals syphilitische Symptome zu zeigen, bleibt die Vorgeschichte zu berücksichtigen. Wenn die Dirne längere Zeit ihrem Gewerbe nachgegangen ist, ehe sie unter Kontrolle gestellt wurde, und wenn sie erst in höherem Alter zur Inskription kam, so ist bei solchen Personen mit der Möglichkeit zu rechnen, daß sie vordem schon infiziert waren und daß die Krankheit bereits latent geworden oder erloschen ist. Die eigenen Angaben der Prostituierten über ihren früheren Gesundheitszustand sind nur mit größter Vorsicht aufzunehmen; sie glauben meist ein Interesse daran zu haben, ihre Krankheit geheim zu halten. Es gibt auch Fälle, in denen die Syphilis so verlief, daß die Kranken über dieselbe tatsächlich nichts Sicheres anzugeben wüßten.

Die Zahl der Prostituierten, die schon vor ihrer Inskription die Syphilis davongetragen haben, ist eine recht große — an den einzelnen Orten wechselnde.

Von 727 Breslauer Neuinskribierten erwiesen sich 85 als bereits sicher syphilitisch.

Trotz der möglichen Einwände wäre es ungerechtfertigt, den Statistiken gegenüber zu behaupten, daß nun doch jede Prostituierte an Syphilis erkranken müsse. Kennen wir doch eine Reihe von Voraussetzungen, die eine Syphilisimmunität mit mehr oder minder großer Zuverlässigkeit bedingen. Ein Teil derselben hat allerdings für uns hier kaum praktisches Interesse.

1) Es wird behauptet, daß Nachkommen früher syphilitischer, aber vor der Geburt der betreffenden Kinder geheilter (resp. „immunisierter“) Eltern selbst immun gegen Syphilis geworden seien oder im Erkrankungsfalle nur leichtere Symptome zeigen, ja die Immunität soll sich bis in die dritte Generation vererben können. Bei einzelnen Personen hat man die Widerstandsfähigkeit gegen eine syphilitische Infektion sogar als das einzige Zeichen dafür anführen wollen, daß ihre Eltern oder Großeltern syphilitisch gewesen.

2) Mit größerer Bestimmtheit läßt sich behaupten, daß Hereditärsyphilitische im allgemeinen gegen eine Neuinfektion immun sind. Aber Ausnahmen fehlen nicht; es sind Fälle beobachtet, in denen

Personen, die noch die Stigmata der hereditären Syphilis tragen, als Erwachsene einer Neuerkrankung verfielen. Gerade an Prostituierten sind solche Erfahrungen gemacht worden; ich selbst habe vor einigen Jahren eine frisch acquirierte Syphilis bei einer Prostituierten gesehen, die sichere Zeichen der hereditären Syphilis erkennen ließ.

3) Nach der „PROFETAschen Regel“ erkrankt ein von syphilitischen Eltern stammendes, aber gesund gebliebenes Kind nicht, wenn es nach der Geburt einer syphilitischen Infektion ausgesetzt wird. Mit diesem Erfahrungssatze steht eine Reihe von Beobachtungen im Widerspruch. Vor allem aber ist nicht festgestellt, daß eine solche Immunität, selbst wenn sie existieren sollte, sich für das spätere Leben erhält.

4) Nach dem „COLLES-BEAUMÈSschen Gesetz“ besteht die Möglichkeit, daß ein von einem syphilitischen Manne geschwängertes Weib eine hereditär-syphilitische Frucht zur Welt bringt, ohne selbst an Syphilis zu erkranken, daß sie vielmehr danach gegen eine weitere syphilitische Infektion immun geworden ist. Auch dieses Gesetz kennt Ausnahmen.

Alles in allem werden die hier angeführten Möglichkeiten zusammengenommen nur einen sehr geringen Bruchteil der Fälle erklären können, in denen Prostituierte von der Syphilis verschont bleiben.

5) Der zuverlässigste Schutz gegen eine syphilitische Infektion wird durch das einmalige Ueberstehen der acquirierten Syphilis erlangt. Die beschränkte Anzahl von sicheren oder fraglichen Ausnahmefällen stößt die praktische Gültigkeit dieses Satzes nicht um. Allerdings müßten Fälle von Reinfektion, wenn ihre Möglichkeit überhaupt besteht, besonders bei Prostituierten zu erwarten sein, weil in der intensiven Behandlung, die wenigstens ein Teil von ihnen findet, die günstigsten Voraussetzungen für die Heilung der ersten Erkrankung gegeben sind, und weil andererseits bei ihnen die andauernde Gelegenheit zur frischen Infektion besteht. Indessen ist auch der Gedanke ausgesprochen worden, daß gerade die oft erneute Zufuhr von Virusmaterial eine stärkere Immunisierung hervorrufen könne (NEISSER).

Die Annahme, daß in den meisten Fällen eine Prostituierte, die sich in jahrelanger Ausübung ihres Gewerbes syphilitisch nicht infiziert, diese Immunität doch nur einer früheren Ansteckung verdankt, wird durch solche Fälle unterstützt, in denen bei der anscheinend früher stets Gesunden schließlich Tertiärerscheinungen zum Vorschein kommen. Wenn solche Beobachtungen nicht allzu häufig gemacht werden, so ist zu bedenken, daß eben unter allen Umständen nur ein Bruchteil der Syphilisfälle tertiäre Symptome zeitigt und daß die vorhandenen Tertiärsymptome der Prostituierten schon ihrem Sitz nach häufig genug der Prostituiertenuntersuchung, so wie sie allgemein gehandhabt wird, entgehen. Eine Statistik von RAFF umfaßt immerhin in einem Beobachtungsmaterial von 1253 Prostituierten 39 Fälle von „unvermittelter Spätsyphilis“. Die folgende Tabelle verweist auf die Zeit, die zwischen Kontrollinskription und Aufdeckung der Tertiärsymptome verflossen war:

Jahre	1	2	3	4	5	6—10	11—15	16—36	
Zahl der Fälle	1	2	2 + 1*)	2 + 1*)	1	7	10 + 1*)	5 + 6*)	*) Narben!

Alle diese Kranken hätten bis zum Bekanntwerden der Tertiärsymptome als nicht-syphilitisch gelten können!

Es ist von Interesse, daß auch unter 811 Dirnen der RAFFschen Statistik, bei denen Früherscheinungen der Syphilis bekannt waren, ebenfalls 39 Personen Tertiärerscheinungen darboten, und daß bei diesen wie bei der Gruppe der „unvermittelten Tertiärfälle“ die überwiegende Zahl der Erkrankungen sich erst nach dem 5. Jahre der Beobachtung zeigte.

Daß die Prostituierten in auffallend großer Zahl der Syphilis entgehen, ist unter den hier entwickelten Gesichtspunkten nicht erwiesen. Wollen wir die Erkrankungschancen genauer fixieren, so müssen wir nicht nur von den anscheinend frei gebliebenen, sondern auch von den tatsächlich als infiziert erwiesenen Fällen ausgehen und festzustellen suchen, wie lange eine Prostituierte ihrem Gewerbe nachgeht, ehe sie syphilitisch erkrankt. In dieser Beziehung besteht bei den kontrollierten Prostituierten die einfache Möglichkeit, die Zeit zwischen Inskription und Infektion wenigstens für einen Teil der Fälle einwandsfrei zu bestimmen. Schon die oben berichteten Zahlen NEISSERS ergeben die bemerkenswerte Tatsache, daß eine Person unter Umständen 3, 4 und mehr Jahre lang als kontrollierte Prostituierte tätig sein kann, ehe sie der Syphilis anheimfällt. Auf der anderen Seite ist auch die Quote der frischen Erkrankungen in den ersten Kontrolljahren für Breslau beachtenswert niedrig.

So finden wir für die Neuinskribierten der Jahre 1894 und 1895 in je 4-jähriger Beobachtung folgende Zahlen:

1894	Jahr I	II	III	IV
Inskribiert	105	86	69	58
Davon als syphilitisch bekannt	21	34	33	35
Syphilitische kommen hinzu	15	4	3	3
1895				
Inskribiert	134	102	90	75
Davon als syphilitisch bekannt	33	47	52	43
Syphilitische kommen hinzu	18	11	2	3

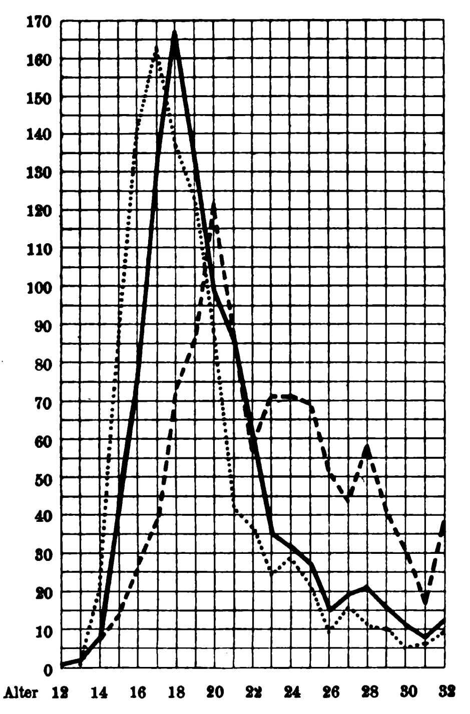
Die Tabelle ergibt, daß die Zahl derer, die überhaupt schon syphilitisch unter Kontrolle traten, beide Male diejenige überwog, die im ersten und begreiflicherweise am meisten gefährdeten Jahre der Ueberwachung erkrankten.

Es bedarf nun keiner Auseinandersetzung, daß die Gefährdung für die Dirne nicht mit ihrem Eintritt in die Kontrolle, sondern mit dem Eintritt in die Prostitution beginnt. Für den hohen Prozentsatz derer, die vor ihrer Aufnahme unter die Inskribierten in den Reihen der geheimen, aber ebenso gewerbsmäßigen Prostitution gestanden haben, ist es schwer oder unmöglich, den Beginn der Prostitution festzustellen. Hier kann als fester Punkt nur das Alter gelten, in dem die Syphilis auftrat.

Umfangreiche Mitteilungen, die für Paris vorliegen und zunächst nur für Pariser Verhältnisse gelten mögen, lehren folgendes:

Zum Vergleich stehen: eine Kurve, die sich auf 1207 syphilitische Prostituierte aus den Abteilungen von BARTHÉLÉMY, JULLIEN, LE PILEUR im Hospital St. Lazare bezieht, und eine zweite Kurve, die

860 syphilitische Patientinnen aus der Privatklientel von FOURNIER umfaßt; in beiden Kurven sind die Zahlen der in den einzelnen Lebensjahren (bis zum 32.) syphilitisch Erkrankten auf je 1000 berechnet.



—— Syphilis bei Prostituierten.
- - - - Syphilis bei Nicht-Prostituierten.
········ Eintrittsalter in die Prostitution.

Die Kurve der Prostituierten zeigt die weitaus höchsten Erkrankungsziffern für das 17. bis 19. Lebensjahr, der Gipfel liegt im 18. Jahre. Die Kurve der Nicht-Prostituierten erreicht den Gipfel im 20. Lebensjahr, sinkt dafür aber weniger steil ab; die Verteilung über die einzelnen Jahre des dritten Dezenniums ist bei den Nicht-Prostituierten gleichmäßiger.

H. FOURNIER berechnet nach den Erfahrungen seines Vaters, daß unter den syphilitischen Frauen

der Privatpraxis	31	Proz.
der Spitalpraxis	48	„
unter den Prostituierten	63	„

vor Eintritt des majorennen Alters erkrankt sind.

LE PILEUR hat versucht, das Eintrittsalter in die Prostitution bei 1000 Syphilitischen festzustellen (s. punktierte Kurve). Zusammengehalten mit der eben besprochenen Erkrankungskurve, zeigt sein Ergebnis, daß wenigstens in Paris die Gefahr, daß eine Dirne baldigst nach dem Eintritt in die Prostitution syphilitisch erkrankt, bedenklich groß ist. Eine genauere Zusammenstellung LE PILEURS, die sich auf 718 syphilitische Prostituierte bezieht, ergibt folgendes:

Vor Eintritt in die Prostitution waren syphilitisch	69
Im Jahre ihres Eintrittes wurden syphilitisch	489
1 Jahr später „ „	101
2 Jahre „ „ „	32
3 „ „ „ „	16
4 „ „ „ „	5
5 „ „ „ „	2
6 „ „ „ „	1
7 „ „ „ „	1
10 „ „ „ „	1
11 „ „ „ „	1
	718

Und eine ebenso lakonische wie traurige Zusammenfassung LE PILEURS stellt für die Mehrzahl der Pariser Dirnen das Schema auf:

defloriert	mit	16	Jahren
prostituiert	„	17	„
syphilitisch	„	18	„

Diese Zahlen geben nun zwar noch keinen genauen Maßstab für die Größe der Gefährdung jeder einzelnen Altersklasse, weil uns die Ergänzung durch die Zahl der Gesundgebliebenen fehlt; aber sie verweisen ohne weiteres darauf, daß sich unter den minorennen Prostituierten von Paris weit mehr Personen im ansteckungsfähigen Stadium der Syphilis finden als unter den majorennen.

So hat man denn auch unter den arretierten (nicht-inskribierten) Minderjährigen 25 Proz. syphilitische, unter den Majorennen 17 Proz. nachgewiesen.

Für St. Petersburg hat schon SPERK bei den Bordelldirnen die Beziehung der Syphilis zum Alter hervorgehoben.

Von den ansteckungsfähigen Syphilitischen standen im Alter

zwischen	15	und	20	Jahren	47,6	Proz.
„	20	„	25	„	29,3	„
„	25	„	30	„	10,8	„
„	30	„	35	„	8,6	„
„	35	„	40	„	3,2	„
„	40	„	50	„	0	„

Diese Ergebnisse, die auf den außerordentlich frühen Eintritt in die Prostitution verweisen, sind nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse zu übertragen. Aber die Erfahrungen bei den Breslauer Prostituierten decken ebenfalls die außerordentlich hohe Gefährdung der Minorennen und das Absinken der Syphilis mit der steigenden Altersklasse auf.

Unter 218 Aufnahmen wegen primärer Syphilis entfielen:

auf die Altersklasse	15—20	20—25	25—30
in Breslau	110 :	69 :	31
(in Paris nach den Zahlen der angeführten Kurve	173 :	288 :	38)

In Breslau sinkt also die Reihe im Verhältnis von 2:1, in Paris von 3:1 ab.

Die stärkere Verbreitung der Syphilis unter den jüngeren Prostituierten ergibt sich für Breslau weiter beispielsweise aus dem Status des Januar 1888:

Im 1.—3. Jahre der Syphilis standen

unter	91	Prostituierten der Altersklasse	15—20	35 =	38	Proz.[1])
„	276	„ „ „	21—25	66 =	24	„ [2])
„	269	„ „ „	26—30	22 =	8	„
„	289	„ in höheren Altersklassen		9 =	3	„

Unter je 100 Breslauer Prostituierten der einzelnen Altersklassen fanden sich a) überhaupt syphilitisch, b) im 1.—4. Jahre des Leidens:

Altersklasse	bis 20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	älter
1. Juli 1891	a) 46,87 b) 42,97	52,79 30,76	59,42 10,87	53,42 4,27	41,43 4,50	35,48 7,52	21,05 5,26	22,22 —
Januar 1888	a) 45,0 b) 38,5	70,0 24,0	67,7 8,2	59,5 4,70	41,6 3,50	21,4 —	17,0 —	25,0 —

1) 6 weitere Personen dieser Altersklasse standen bereits in späteren Stadien der Syphilis.

2) 127 latent und tertiär Syphilitische dieser Altersklasse müssen ebenfalls zum größten Teil vor dem 21. Lebensjahre infiziert gewesen sein.

Dazu gehört noch NEISSERS prozentuale Berechnung auf das Lebensalter bei den Spitalsaufnahmen wegen manifester Luesfrüherscheinungen:

Lebensalter	15—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	älter
Januar 1888 747 Aufn. (anamnest. ermittelt)	41,5	42,9	11,4	3,2	0,7	0,3		
Juli 1891 731 Aufn. (anamnest. ermittelt)	50,9	34,2	10,8	2,05	0,95	0,82	0,28	
Aufnahme von Syphilis 1875—85 (2405)	44,8	37,7	11,3	3,6	1,3	0,7	0,4	0,2
1890 (104)	50,0	33,7	4,8	4,8	1,9	2,9	1,9	
1891 (105)	46,3	35,2	9,3	4,7	1,8	1,8	0,9	
1892 (92)	41,3	40,2	9,8	4,3	1,1	1,1	2,2	
Summa 4341	44,9	38,1	11,1	3,3	1,3	0,3	0,4	0,1

Alle diese Zahlen bestätigen das überaus wichtige Ergebnis, daß ein wesentlicher Bruchteil der Prostituierten unter Kontrolle kommt, nachdem sie sich bereits syphilitisch infiziert haben, je nachdem die Infektiosität der Krankheit vielleicht ganz erloschen ist. Zahlreiche Mädchen verfallen in erschreckend jungen Jahren der Prostitution, treten aber erst weit später unter Kontrolle. Eine bloße Erhöhung des Inskriptionsalters bedeutet hier keinen Gewinn für die Volksgesundheit. Gerade die jungen Dirnen, die überwachten wie die nicht kontrollierten, ja die letzteren vielleicht am meisten, werden von den Männern gesucht. Unkontrolliert, werden sie zum gefährlichsten Faktor bei der Verbreitung der Syphilis. Sollen diese jüngeren Elemente also nicht inskribiert werden, so müßte man sie doch auf irgend eine Weise unschädlich zu machen suchen. Die Ueberwachung der Dirnen aber, die das ansteckungsfähige Stadium der Syphilis bereits überstanden haben, ist für die Weiterverbreitung der Syphilis gleichgültig; sie können die Krankheit nicht mehr weitertragen, ob man sie kontrolliert oder nicht. Bei solchen Personen kann die Ueberwachung keine gesundheitlichen Garantien schaffen; denn diese hat der Verlauf der Krankheit von selbst geliefert; die Ueberwachung kann jenen Dirnen gewissermaßen nur die Ungefährlichkeit bestätigen.

Wir haben endlich zu fragen, ob die Syphilis bei den Prostituierten ihrem Verlaufe nach Eigentümlichkeiten zeige, die für eine Ueberwachung besonders ins Gewicht fallen.

Nach einer weitverbreiteten Ansicht sollte die Syphilis der Prostituierten besonders schlimm verlaufen. Diese Anschauung besteht nicht zu Recht. Von Voraussetzungen, welche die Prognose der Syphilis trüben können, kommt ein Teil bei den Prostituierten gewiß in Frage: schlechte Ernährungszustände, wie sie sich vor allem wohl bei älteren und wenig gesuchten Dirnen niederen Ranges finden und wie sie manchmal im Anschluß an längeren Aufenthalt in Gefängnissen und Arbeitshäusern auftreten, weiter die Folgen des Alkoholismus und die Kombination der Syphilis mit Tuberkulose. Von der Häufigkeit der Lungenphthise bei den Prostituierten hat man sich von mancher Seite eine übertriebene Vorstellung gemacht, und wenn ein Teil der Prostituierten zu Säuferinnen wird, so verfallen die Dirnen doch dem Laster des Trinkens meist erst in späteren Jahren, zu einer Zeit, wo

sie ihre syphilitische Infektion längst hinter sich haben und wo der Einfluß des Giftes sich höchstens noch in der Provokation von Tertiärerscheinungen äußern könnte. Auch stehen durchaus nicht alle Prostituierten unter ungünstigen Lebensbedingungen; ein großer Teil von ihnen führt ein wenig sorgenvolles, gemächliches Dasein, das eher günstige Voraussetzungen für die Heilung der Krankheit liefert. Eine generalisierende Beurteilung wäre deshalb verfehlt. Die Syphilis der Prostituierten zeigt leichte und schwere Fälle. Aber es findet sich durchschnittlich weder eine Häufung von solchen Fällen, die in der Sekundärperiode rasch und bösartig verlaufen, noch etwa gar ein besonderes Hervortreten der tertiären Syphilis, noch endlich eine besondere Neigung zu den sog. parasyphilitischen Erkrankungen.

Man kann sagen, daß bei Frauen im allgemeinen eine geringere Disposition zur visceralen und Nervensyphilis besteht als bei Männern; die Prostituierten machen keine Ausnahme. Ihre geringe Beteiligung an Tabes und progressiver Paralyse ist von vielen Seiten als auffallend hervorgehoben worden.

Spezielle Zusammenstellungen über das Vorkommen der tertiären Syphilis bei Prostituierten gibt SEDERHOLM, der unter 1372 luetischen Frauen 258 = 18,8 Proz. Tertiärfälle feststellte, und RAFF mit 72 Fällen unter 850 Erkrankten (= 9,1 Proz.). Nun gehen die allgemeinen Angaben über die Häufigkeit der Tertiärsyphilis weit auseinander (VAJDA berechnet 6,8 Proz., ELSENBERG 45 Proz.), und die Vergleichbarkeit der einzelnen Zahlen leidet schon unter der verschiedenen Abgrenzung dessen, was als tertiär angesprochen werden darf. Bei den Prostituierten kommt hinzu, daß die Kontrolle bei aller anscheinenden Genauigkeit doch wesentlich nur die Hautsymptome und gewisse Schleimhauterscheinungen berücksichtigt. Zudem werden viele Prostituierte beim Auftreten ihrer Tertiärsymptome, die sich ja noch nach Jahrzehnten einstellen können, sich nicht mehr unter der Ueberwachung befinden. So kann die Prostituiertenstatistik zunächst nur versuchen, eine Antwort auf die Frage zu liefern, ob etwa Tertiärerscheinungen sich bei den Prostituierten besonders früh einstellen. Das Urteil wird aber dadurch erschwert, daß die Erfahrungen der einzelnen Autoren über die Zeit, die durchschnittlich zwischen Infektion und Beginn der Tertiärperiode verstreicht, ganz gewaltig auseinandergehen. FOURNIER findet die maximale Häufung der tertiären Syphilis bereits im 3. Jahre der Erkrankung, während die allgemeine Erfahrung wohl lehrt, daß speziell bei Prostituierten ein so frühes Auftreten der tertiären Syphilis zu den Seltenheiten gehört. EHLERS sah bei 10 Proz. aller Fälle tertiäre Erkrankung bereits im 2. Krankheitsjahre, bei 43 Proz. innerhalb der ersten 5 Jahre, v. MARSCHALKO die Hälfte der Tertiärerkrankungen innerhalb desselben Zeitraumes. In praxi haben wir an dieser Feststellung deshalb ein Interesse, weil aus dem Erscheinen tertiärer Symptome auf ein Erloschensein der Infektiosität geschlossen werden möchte. RAFFS Statistik zeigt ein Maximum von Tertiärsymptomen bei Prostituierten erst im 6. Jahre nach der Infektion.

Ungleich wichtiger als die Tertiärsymptome sind für unsere Betrachtung die sekundären Rezidive; ihre Zahl und ihr Sitz sind maßgebend für die Gefährlichkeit der Prostituierten. Hier sehen wir in allen einschlägigen Statistiken vorwiegend Erscheinungen am Munde (Angina specifica, Plaques érosives) und an den Genitalien und ihrer

Umgebung (nässende Papeln, breite Kondylome) notiert, zum Teil gewiß nur deshalb, weil die Prostituiertenkontrolle auf sie, als die infektiösesten Erscheinungen der sekundären Lues, vor allem fahndet und die Untersuchnng auf andere Symptome mehr oder minder als Nebensache behandelt. Aber sicherlich stellen diese Erscheinungen auch tatsächlich die häufigsten Manifestationen in den Rezidiven der weiblichen Syphilis dar. NEUMANN fand unter 2150 syphilitischen Weibern 1133 mit nässenden Papeln, und zwar saßen diese:

882mal am Genitale
109mal am Anus
52mal an der Mundschleimhaut.

Lokale, stärkere Reizungen bedingende Voraussetzungen bringen es mit sich, daß gerade diese nässenden Papeln der äußeren Genitalien häufig genug die einzigen Erscheinungen eines Rezidivs darstellen, oder daß sie wenigstens anderen Symptomen eines solchen vorausgehen oder sie überdauern. Unsauberkeit oder die stärkere Durchfeuchtung bei Gonorrhöe und Schwangerschaft lassen sie oft genug für lange Zeit andauern, der Behandlung trotzen oder, wenn sie verschwunden sind, bald wieder zum Vorschein kommen. Wenn überhaupt eine Erscheinung bis zu einem gewissen Grade als charakteristich für die „Prostituiertensyphilis" bezeichnet werden dürfte, so wäre es die Häufigkeit und Hartnäckigkeit der breiten Kondylome.

Eine (unkontrollierte!) Prostituierte unserer Beobachtung hat im Laufe von 4 Jahren 13mal in der Klinik massive Kuren wegen dieser Erscheinungen durchgemacht. Niemals bestanden irgendwelche andere erkennbare Manifestationen der Syphilis.

Gewiß verhalten sich aber die einzelnen Fälle außerordentlich verschieden; im allgemeinen werden solche Dirnen, die sich sauber halten, leichter verschont bleiben (daher zum Teil das häufige Vorkommen bei Angehörigen der niederen Klassen der „heimlichen" Prostituierten!), und mit dem Alter der Syphilis werden die Schübe der nässenden Papeln wie überhaupt die Neigung zu Rezidiven immer seltener.

Alle diese Gesichtspunkte sind für die Verwertung der Statistiken zu berücksichtigen.

Es ist nicht gut möglich, ein Schema der relativen Häufigkeit der einzelnen Syphilissymptome bei den Prostituierten zu geben. Daß irgendwelche Erscheinungen der Krankheit bei ihnen vorkommen können und daß eine genaue Untersuchung auf alle in Betracht kommenden Dinge zu fahnden hat, braucht nicht hervorgehoben zu werden. Je mehr sich eine Prostituierte unter der fortlaufenden Beobachtung befindet, je mehr bei ihr eine präventive intermittierende Quecksilberbehandlung durchgeführt wird, oder je mehr wenigstens jedes noch so geringfügige Symptom eines beginnenden Rezidivs zur sofortigen gründlichen Behandlung veranlaßt, um so weniger ergibt sich bei ihr die Gelegenheit zu vielgestaltigen Aeußerungen der Krankheit, während aufgegriffene verwahrloste und unbehandelte Dirnen die mannigfachsten Symptome der Syphilis darbieten. Wichtig sind uns vor allem hartnäckige Eruptionsformen oder Folgeerscheinungen von solchen, die für längere Zeit hinaus die Erkrankung kenntlich machen und in Zweifelsfällen die Diagnose sichern oder wenigstens erleichtern.

Einiges sei hier kurz angeführt:

Der Primäraffekt als solcher pflegt innerhalb einiger Wochen zu verschwinden und keine charakteristische und diagnostisch verwert-

bare Härte oder Pigmentierung zu hinterlassen. Dagegen kann jene seltenere Form oder Komplikation des Primäraffektes der Labien, die man als Oedema indurativum bezeichnet, monate- oder jahrelang persistieren oder sich sogar in eine andauernde Schwellung umwandeln. Die Diagnose des Primäraffektes kann übrigens, wie schon erwähnt wurde, verhältnismäßig große Schwierigkeiten bereiten. Manchmal tritt er in uncharakteristischer atypischer Form auf (erosiver Schanker, rhagadiformer Schanker), häufig genug ist es dazu der Sitz, der die Feststellung erschwert. Besonders hervorgehoben sei in dieser Beziehung der Schanker an der Portio vaginalis des Uterus, der häufig genug vorkommt. FOURNIER fand ihn unter 249 Primäraffekten 13mal, MRACEK unter 437 Fällen 19mal, NEUMANN unter 800 Fällen 51mal. Außerdem aber sind die zahlreichen, und oft sehwierig zu kontrollierenden Lokalisationsmöglichkeiten des extragenitalen Schankers zu berücksichtigen.

Man könnte voraussetzen, daß gerade bei Prostituierten extragenitale Syphilisinfektionen besonders häufig wären; nicht nur Uebertragungen durch Küsse, sondern vor allem auch solche durch pervers geschlechtliche Akte kämen in Frage. Tatsächlich aber sind extragenitale Syphiliserkrankungen bei Prostituierten nicht sonderlich häufig zu beobachten. Was speziell die syphilitische Gefährdung der Dirnen durch sexuell perverse Akte betrifft, so ist wohl die übergroße Zahl der Prostituierten längst syphilitisch erkrankt, ehe sie sich zu derartigen Abscheulichkeiten hergeben.

Drüsenschwellungen (von der charakteristischen Größe und Konsistenz) werden für die Diagnose der Syphilis um so wichtiger, je verbreiteter und je mehr sie sich an Stellen finden, die sonst von Drüsenschwellungen verschont zu bleiben pflegen (doppelseitige Schwelllung der Cubitaldrüsen, der Paramammillardrüsen bei fehlendem Anhalt für eine lokale Voraussetzung!). Die Inguinaldrüsenschwellung, die sich oft lange Zeit erhält, kann an und für sich auch durch andere Einflüsse bedingt sein. Drüsennarben der Regio inguinalis sind fast ausnahmslos auf die abscedierenden Bubonen der Ulcera mollia zu beziehen.

Unter den Hauteruptionen seien besonders die kleinen krustösen Papelchen des behaarten Kopfes hervorgehoben, weil sie bei disponierten Individuen sich mit großer Hartnäckigkeit wiederholen können und weil ihr Vorhandensein an sich für die Diagnose von großer Wichtigkeit werden kann.

Nässende Papeln finden sich gelegentlich an versteckten Stellen und erhalten sich dann mit einer gewissen Hartnäckigkeit (so unter den Brüsten, im Nabel, zwischen den Zehen u. s. w.). Manchmal erfolgt eine Umwandlung solcher Papeln in derbe, bräunlich verfärbte Gebilde von unbeschränkter Dauer (organisierte Papeln).

Wichtig bleiben weiter wegen Hartnäckigkeit und Dauer des Bestandes die Verhornungsanomalien, die nach Rückgang der papulösen Effloreszenzen der Psoriasis palmaris und plantaris andauern, ebenso wie die sogenannten Clavi syphilitici. Wir finden diese Erscheinungen aber nicht gerade häufig. Dagegen sah STÜRMER (Moskau) unter 2045 untersuchten syphilitischen Dirnen 241 mit Psoriasis syphilitica der Fußsohlen, und zwar in 189 Fällen kombiniert mit anderen spezifischen Manifestationen, 52mal dagegen als einziges Zeichen der Krankheit. Für diese auffällige Häufung des Symptoms in STÜRMERS Be-

obachtungskreis mögen besondere lokale Voraussetzungen maßgebend sein (Barfußgehen der Dirnen u. s. w.).

Ueber die Häufigkeit eines spezifischen Kehlkopfkatarrhs bei den Prostituierten gehen die Erfahrungen der verschiedenen Beobachter wohl wesentlich auseinander. SCHRANK (Wien) hält Kehlkopferkrankungen der Prostituierten für genügend häufig, um eine regelmäßige laryngologische Untersuchung bei der Kontrolle zu verlangen; bei uns sind, wie jahrelange genaue Untersuchungen (JURASZ) lehren, die syphilitischen Erkrankungen des Kehlkopfes auch bei Prostituierten selten. Es sei bemerkt, daß die eigenartige Stimmveränderung, die sich besonders bei einem Teil der älteren Prostituierten findet, keineswegs ohne weiteres als Folge der Syphilis zu betrachten ist.

Die sog. Plaquesnarben der Mundschleimhaut unterliegen keiner einheitlichen Beurteilung. Immerhin sind jene weißlichen, zum Teil narbig veränderten Epitheltrübungen der Mundschleimhaut gerade bei weiblichen Personen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf Syphilis zu beziehen.

Narben an der Haut, die von ulcerierten oder papulo-impetiginösen Effloreszenzen des Sekundärstadiums herrühren, sind meist so wenig charakteristisch, daß sie sich nur mit großer Reserve für die Diagnose der Syphilis verwerten lassen.

Der Nachweis des areolären Haarausfalls, der eine der Form nach charakteristische und manchmal länger bestehende Aeußerung der Syphilis darstellt, stößt bei Frauen wegen der Länge der Haare und kunstvollen Anordnung der Frisur meist auf Schwierigkeiten. Ganz selten ist übrigens der syphilitische Haarausfall auch an den Genitalien lokalisiert. BERGH beobachtete ihn dort 13mal unter 2171 Individuen.

Bei einzelnen Personen hinterlassen manche Formen sekundärer Syphilide länger dauernde Pigmentierungen, die einen wertvollen Anhalt für die Diagnose der Krankheit abgeben (Pigmentsyphilis).

Gelegentlich einmal gestatten Schwielen, die in und unter der Haut als Folgen von Quecksilber-Injektionen zurückgeblieben sind, eine diagnostische Verwertung.

An diagnostischer Bedeutung treten alle die genannten Dinge schon mit Rücksicht auf die Häufigkeit ihres Vorkommens weit zurück hinter jene Pigmentanomalie, die als Leukoderma syphiliticum bezeichnet wird, und sich im Auftreten umschriebener weißlicher, in eine stärker pigmentierte Hautzone eingesprengter, vorwiegend an den seitlichen Partien des Halses lokalisierter Flecken äußert. Wir betrachten dieses Leukoderm als ein nahezu untrügliches Zeichen der Syphilis; differential-diagnostische Schwierigkeiten können sich dem geübten Untersucher kaum ergeben. Dabei ist das Leukoderm bei syphilitischen Frauen eine häufige Erscheinung; es tritt schätzungsweise bei der Hälfte aller syphilitischen Frauen auf. Von größter Wichtigkeit wird sein zeitlicher Bestand. Es kommt meist im frühen Stadium der sekundären Syphilis (oft schon einige Wochen nach Abblassen der ersten Roseola) zu Tage und erhält sich durchschnittlich $1^1/_2$ Jahr. So wird es zu einem beachtenswerten Begleiter gerade der gefährlichsten Periode der Krankheit. Ausnahmen existieren: späteres Einsetzen ist selten, kürzerer Bestand häufig; gelegentlich kommt aber auch längere Dauer vor. So sah es NEUMANN in 2 Fällen noch nach 12 Jahren; eine Heidelberger Pro-

stituierte zeigte ein sehr deutliches Leukoderm noch nach mehr als 9-jährigem Bestande. Wir können demnach das Leukoderm nicht ohne Einschränkung auf die infektiöse Periode der Syphilis beziehen; es gibt schließlich nur die Gewißheit, daß wir überhaupt ein syphilitisches Individuum vor uns haben. Auf alle Fälle stellt es aber einen diagnostisch höchst wertvollen Anhaltspunkt dar. JADASSOHN hat unter 291 Prostituierten ohne luetische Anamnese und sonstigen Befund 11mal ein Leukoderm gesehen, und jeder Beobachter wird bei der Kontrolle oder im Krankenhause Prostituierte finden, die behaupten, niemals syphilitisch gewesen zu sein, und denen einzig und allein das Leukoderm zum Verräter wird.

Nicht unerwähnt bleibe schließlich, daß manchmal die Kombination verschiedener, im einzelnen für sich nicht genügend beweiskräftiger Erscheinungen die Diagnose der Syphilis sichert.

Ueber die Häufung der Syphilisrezidive bei den Prostituierten ist ein Urteil nur da zu gewinnen, wo lange Beobachtungsreihen vorliegen. SPERK hat eine vielbeachtete Zusammenstellung gegeben, die solche Petersburger Bordelldirnen betrifft, die 10 Jahre lang beobachtet werden konnten.

Von 772 derartigen Prostituierten hatten im 1. Jahre 529 = 68,5 Proz. Rezidive, und zwar

216 Personen	1 Rezidiv	43 Personen	4 Rezidive
163 „	2 Rezidive	34 „	5 „
90 „	3 „	3 „	6 „

Im 2. Jahre hatten 204 Prostituierte = 26,4 Proz. Rezidive, und zwar

114 Personen	1 Rezidiv	6 Personen	4 Rezidive
67 „	2 Rezidive	2 „	5 „
14 „	3 „	1 Person	6 „

Im 3. Jahre kamen bei 90 Prostituierten = 11,6 Proz. Rezidive zur Beobachtung, und zwar

bei 65 Personen	1 Rezidiv	bei 3 Personen	3 Rezidive
„ 21 „	2 Rezidive	„ 1 Person	5 „

Und noch im 4. Jahre nach der Infektion fanden sich Rezidive bei 53 Prostituierten = 6,8 Proz., nämlich

bei 40 Personen	1 Rezidiv	bei 1 Person	3 Rezidive
„ 10 „	2 Rezidive	„ 2 Personen	5 „

Wir stehen nicht an, diese Häufung für exzeptionell groß zu erklären. Bei einer regelrecht durchgeführten Behandlung ist ein *wesentlich* seltenes Erscheinen von Rezidiven zu erwarten.

So ist von 519 sich der Kontrolle regelmäßig stellenden syphilitischen Prostituierten aus dem Beobachtungskreise NEISSERS bekannt, daß sie in der Zeit, da sie im 1.—4. Jahre der Syphilis waren, 883 Hospitalaufnahmen hatten, und zwar wurden beobachtet:

75 Primäraffekte
644 syphilitische Genitalerkrankungen
462 „ Hauterkrankungen

Das sind also bedeutend günstigere Zahlen.

Wie weit ist nun der Verlauf der Syphilis bei den Prostituierten therapeutisch zu beeinflussen, und wann soll die Behandlung einsetzen?

Daß die Krankheit im Durchschnitt bei den Prostituierten nicht besonders schwer verläuft, wurde schon hervorgehoben; aber es wird sogar für einen Teil der Prostituierten ein besonders milder Verlauf der Syphilis behauptet, und man will diesen damit erklären, daß gerade solche Personen besonders ausgiebigen und zahlreichen Quecksilberkuren unterworfen würden. 1703 Fälle von Tertiärsyphilis, die FOURNIER zusammenstellte, haben ihm ergeben, daß

1162 weniger als 1 Jahr behandelt worden waren,
217 gar keine Behandlung durchgemacht hatten,
265 1—2 Jahre lang,
53 länger als zwei Jahre
und nur 6 länger als 3 Jahre unter Behandlung gestanden hatten.

Gerade die Prostituiertenstatistik sollte Material für die Behauptung liefern, daß eine reichliche Behandlung im Sekundärstadium die tertiäre Syphilis zu beschränken vermöchte. RAFF kommt in seiner Statistik zu dem Ergebnisse, daß selbst bei ungünstigster Berechnung die mit Quecksilber behandelten Personen in Bezug auf die Häufung tertiärer Symptome günstiger gestellt seien als die nicht mit Quecksilber behandelten, und daß, wenn jene Kur unter ein gewisses Maß heruntergehe (eine vollwertige Kur und weniger!), dieser Einfluß sehr wesentlich geringer erscheine. Das an sich sehr interessante Resultat liefert aber keine vollwertige Stütze für die Annahme der Notwendigkeit ausgiebiger Quecksilberkuren zur Verhinderung der Tertiärspyhilis, weil der von RAFF gefundene wirksame Minimalwert von zwei Kuren keineswegs als eine intensive Behandlung bezeichnet werden darf. Ich stehe aber nicht an, nach den umfassenden Erfahrungen, die im Laufe der Jahre zusammengetragen werden konnten, in einer reichlichen Behandlung der Sekundärperiode und besonders in der Anwendung der sog. chronisch-intermittierenden Quecksilberkur (FOURNIER-NEISSER) einen wesentlichen Schutz vor der tertiären Syphilis zu erblicken.

Bei der Behandlung der Prostituierten handelt es sich nun aber vor allem um die Beeinflussung des ansteckungsfähigen Sekundärstadiums. Auch heute noch beschränkt sich ein Teil der Praktiker darauf, Quecksilber gegen die manifesten Erscheinungen der Syphilis symptomatisch zu verwenden, und darüber ist kein Wort zu verlieren, daß eine Prostituierte beim Auftreten des geringsten floriden Schubes der Krankheit einer Kur zu unterwerfen ist. Die intermittierende Behandlung, die den Patienten während der ersten Jahre der Krankheit in gewissen Zwischenpausen Quecksilberkuren auch dann unterzieht, wenn keine Rezidive hervorgetreten sind, will darüber hinaus präventiv wirken. Es ist hier nicht der Ort, diese Behandlungsmethode theoretisch zu begründen und die Einwände gegen sie zu diskutieren. Es scheint mir — im Anschluß an den Standpunkt NEISSERS und seiner Schule — fraglos, daß die intermittierende Kur im stande ist, einen Teil der sekundären Rezidive zu verhüten oder diese wenigstens seltener und leichter zu gestalten. Mag das Zahlenmaterial den unantastbaren Beweis für diese Ueberlegenheit der FOURNIER-NEISSERschen Methode nicht geliefert haben und vielleicht nicht erbringen können, so besteht doch gerade den Prostituierten gegenüber die Verpflichtung, ein Verfahren anzuwenden, das wenigstens die berechtigte Aussicht bietet, die Infektionsgefahr zu verringern und vor allem die in Betracht gezogene Ansteckungsfähigkeit der Latent-

Syphilitischen, wenn sie überhaupt existiert, noch wesentlich herabzumildern.

Faktisch stehen aber der allgemeinen Anwendung dieser Behandlung der Prostituierten große Schwierigkeiten entgegen: nicht nur bleibt erste Voraussetzung für ihre Durchführung die fortlaufende Kontrolle der Kranken während der gefährlichen Jahre, die ein Eingreifen ermöglicht, sobald es wünschenswert erscheint, sondern solange die Kontrolle darauf angewiesen ist, Prostituierte zur Durchführung der Kur einem Krankenhause zu überweisen, wird sie sich zu diesem Schritte nicht für berechtigt halten, wenn sie eben keine ansteckungsfähigen oder verdächtigen Erscheinungen vorfindet, oder die Kur muß gewissermaßen eingeschmuggelt werden, indem man bei Prostituierten, die aus irgend welchen anderen Gründen, vor allem wegen Gonorrhöe, dem Krankenhause überwiesen werden, dort gleichzeitig eine „Sicherungskur“ bei konstitutionell-latenter Syphilis durchführt. Die Prostituierten sind in der Regel mit der Vornahme dieser Behandlung, die ihnen womöglich einen späteren Krankenhausaufenthalt erspart, durchaus einverstanden und unterziehen sich ihr mit großer Bereitwilligkeit.

Im richtigen Umfange und mit Vermeidung aller Umständlichkeiten und Unbequemlichkeiten läßt sich aber die intermittierende Quecksilberbehandlung bei den Prostituierten nur durchführen, wenn sie ambulatorisch mit Hilfe der subkutanen Injektionen vorgenommen wird, und das könnte am besten im Anschluß an die regelmäßigen Kontrollvisiten geschehen. Wir stoßen in diesem Zusammenhang also zum ersten Male auf die Forderung, daß die Untersuchungsinstanz der Prostituierten in Verbindung und im Anschluß an ihre nächste Aufgabe gleichzeitig therapeutische Funktionen zu erfüllen hätte, und daß damit die Kontrollvisite mehr dem Charakter einer ärztlichen Sprechstunde sich näherte.

Es wären demnach der ambulatorischen Quecksilberbehandlung zu unterziehen:

1) Prostituierte im sekundären Stadium der Syphilis ohne augenblicklich nachweisbare floride Erscheinungen, wenn die letzte Kur so weit zurückliegt, daß nach dem Ermessen des Arztes in absehbarer Zeit ein Rezidiv zu erwarten steht. Praktisch würde es sich also empfehlen, in den ersten Jahren der Krankheit in mehrmonatlichen, allmählich steigenden Zwischenräumen die Kuren vorzunehmen.

2) Prostituierte, über deren syphilitische Vorgeschichte nichts zu ermitteln ist, die tatsächlich oder angeblich niemals eine spezifische Behandlung durchgemacht haben, bei denen aber die objektiv nachweisbaren Residuen — vor allem das Leukoderm! — darauf verweisen, daß es sich um syphilitische Individuen handelt. Auch bei diesen Personen müßte wo möglich eine Reihe von Behandlungen durchgeführt werden.

3) hielte ich es für angezeigt, daß Prostituierte mit frisch acquirierter Syphilis nach Beendigung ihrer ersten Kur im Krankenhause noch ambulatorisch für die Dauer von etwa einem Monat mit Quecksilber weiter behandelt werden, so daß die erste Kur eine Ausdehnung erhielte, die ihr im Krankenhaus nicht eingeräumt werden kann.

Endlich 4) könnte im allgemeinen ambulatorisch die größte Zahl der tertiär-syphilitischen Prostituierten behandelt werden, soweit es sich nicht um Manifestationen an den Genitalien und im Bereiche

des Mundes handelt. Eine Quecksilberbehandlung wird überhaupt nur bei einem Teil der Tertiärkranken in Frage kommen.

Ein allzu starres Schema soll bei diesen therapeutischen Maßregeln nicht eingehalten werden. Häufung der einzelnen Kuren wie ihre jedesmalige Dauer müssen dem Urteil des Arztes überlassen bleiben, der hier ebensowenig wie bei anderen derartigen Kuren das Individualisieren vergessen darf. Unter allen Umständen aber ist von einer solchen Behandlung der Prostituierten ein Nutzen zu erwarten. Manche Hospitalisierung wird erspart werden, und die Gefährlichkeit der latent-syphilitischen Dirnen wird ohne Asylierung eingeengt.

Besonders am Platze scheint mir die ambulatorische Quecksilberbehandlung latent-syphilitischer Prostituierter in den Fällen, in denen das Auftreten nicht-spezifischer, besonders an den Genitalien lokalisierter Erscheinungen nach den früher gegebenen Darlegungen die entferntere Möglichkeit einer Syphilisübertragung in Betracht ziehen läßt. Anhänger der Asylierung haben hervorgehoben, daß in solchen Fällen beispielsweise bei hartnäckigen Erosionen eine so langdauernde — oder bei rezidivierendem Herpes, wenn man gewissenhaft vorgehen wollte, eine so häufige Hospitalisierung notwendig wäre, daß die andauernde Asylierung als einzig richtiges Mittel einleuchten müßte. Faktisch sieht die Kontrolle fast ausnahmslos über diese Dinge hinweg, ohne damit, wie ich glaube, viel Schaden zu stiften. Aber die intermittierende Quecksilberbehandlung könnte hier die Gefahr, wenn sie überhaupt besteht, noch wesentlich herunterdrücken und machte zugleich die Asylierung überflüssig.

Der Krankenhausbehandlung bleiben daneben dieselben Aufgaben wie jetzt. Zu verlangen ist nach wie vor zunächst die Hospitalisierung aller mit einem Primäraffekt behafteten Dirnen, und zwar bis zur Absolvierung der ersten Allgemeinbehandlung, die nicht vor Auftreten der ersten Sekundärsymptome beginnen soll. Die Gefährlichkeit der frisch infizierten Prostituierten erscheint so groß, daß gerade bei ihnen der Versuch, durch eine Allgemeinbehandlung vor Ausbruch des ersten Exanthems den Sekundärerscheinungen vorzubeugen oder sie hinauszuschieben mit Rücksicht auf die sehr zweifelhaften Chancen seines Erfolges selbst dann nicht gutzuheißen wäre, wenn man sicher sein könnte, die Kranken nach ihrer Entlassung aus dem Spital in fortlaufender Beobachtung zu behalten. Noch weniger gerechtfertigt aber ist es, Prostituierte, die wegen des Primäraffektes dem Krankenhause überwiesen wurden, nach Abheilung des Schankers zu entlassen, bis sich Sekundärerscheinungen einstellen, wenn man sich vielleicht auch theoretisch über die Höhe der Infektionsgefährlichkeit dieser zweiten Inkubationsperiode der Syphilis streiten mag. Nun ist aber die Dauer dieser Inkubationsperiode, die im Mittel auf 3—4 Wochen eingeschätzt wird, im Einzelfalle großen Schwankungen unterworfen, und Bergh betont, daß man gerade bei Prostituierten auf Schwierigkeiten stößt, jene Zeit genau zu bestimmen, was um so auffälliger bleibt, als doch bei den regelmäßigen Untersuchungen der Primäraffekt eigentlich früh als solcher erkannt werden müßte.

Unter 76 öffentlichen Dirnen, die wegen des ersten Ausbruches der Syphilis im Vestre-Spital behandelt wurden, war nur bei 24 die zweite Inkubationsdauer einigermaßen genau festzustellen; sie schien zu betragen:

bei 5	Personen	etwa	20— 30	Tage
„ 4	„	„	45— 50	„
„ 6	„	„	60— 70	„
„ 4	„	„	72— 88	„
„ 2	„	„	94— 94	„
„ 1	Person	„	111	„
„ 2	Personen	„	154—188	„

Das sind überraschend hohe Zahlen, die den durchschnittlichen Erfahrungen keineswegs entsprechen können, welche uns bei einer syphilitischen Person, bei der noch keine Allgemeinbehandlung eingeleitet worden ist, die erste Sekundäreruption in der 4. Woche nach Auftreten des Schankers erwarten lassen. Aber auch schon diese Durchschnittswerte führen zu der Forderung, daß eine Prostituierte mit frischem Primäraffekt auf mindestens etwa 9 Wochen interniert werde. Ein Teil dieser Zeit soll gar nicht der Behandlung, sondern der Beobachtung dienen. Es wäre mehr als wünschenswert, wenn diese Wartezeit nicht auf einer gewöhnlichen Hospitalsabteilung verbracht werden müßte, und derselbe Gesichtspunkt kommt in Frage, wenn es sich um eine längerdauernde Beobachtung von Prostituierten wegen eines fraglichen Primäraffektes oder wegen fraglicher Sekundärerscheinungen handelt.

Man möge erwägen, ob für solche Fälle nicht besondere Beobachtungsstationen oder Einrichtungen nach Art der Asyle zu verlangen wären.

Die Angaben über die durchschnittliche Behandlungszeit der syphilitischen Prostituierten gehen nun ziemlich weit auseinander, wie schon die folgende Zusammenstellung zeigt:

Durchschnitt der Behandlungsdauer der Syphilis bei den Prostituierten.

Ort	Jahr	Dauer		Bemerkung
St. Petersburg (Bordelldirnen) (Syphilis condylomatosa)	1891	37,6	Tage	
	1892	38,4	„	
	1893	31,8	„	
Warschau	1885	26,2	„	
Paris Hôp. Lourcine	1880	35	„	(MARTINEAU)
„	1878	45,3	„	
„ St. Lazare (BARTHÉLÉMY)	1893	65	„	(rezente Syphilis)
		60—90	„	(sekund. Rezidive)
Kopenhagen Vestre-Spital (BERGH)	1895	76,8	„	
	1896	75	„	
	1897	77	„	
Dresden 1871—88		34—47	„	
Wien (WITLACIL)	1893	27	„	ungünstige sinkende Tendenz!
	1894	24,6	„	
	1895	22,3	„	
	1896	21,1	„	

Wie weit die Extreme dieser Tabelle verschiedenwertigen Krankheitsfällen entsprechen, ist natürlich nicht zu sagen. Aber gewiß darf behauptet werden, daß im allgemeinen Abkürzungen der Kuren weniger auf die leichtere Bedeutung der Fälle und auf die wissenschaftliche Ueberzeugung der Aerzte von der Zulässigkeit kürzerer Behandlungen zurückgeführt werden dürfen, als vielmehr auf den Druck äußerer Umstände, das Drängen der Kranken zur Entlassung, Bezahlungsschwierigkeiten, Platzmangel, der die Entlassung von Prostituierten veranlaßt, wenn sie nur „einigermaßen“ wiederhergestellt sind, damit neue Kranke mit schwereren Erscheinungen Aufnahme finden u. dgl. mehr.

Die Krankenhausbehandlung der sekundären Syphilis bei den Prostituierten hat sich vor allem zu bemühen, Kuren durchzuführen, die nicht nur darauf hinausgehen, augenblicklich vorhandene Symptome zu beseitigen, die namentlich unter einer ergänzenden örtlichen Behandlung unter Umständen in wenigen Tagen verschwinden, sondern es soll den Kranken wenigstens für eine gewisse Zeit eine Sicherung gegen Rezidive geboten werden. Das ist aber nur durch die Anwendung von „kompletten“ Quecksilberkuren zu erreichen, für die es durchschnittlich eines Zeitraumes von 4—5—6 Wochen bedarf. Im Einzelfalle muß dem behandelnden Arzte die genauere Feststellung mit Rücksicht auf den Verlauf der Krankheit, auf die Zahl, Intensität und zeitliche Folge früherer Kuren, wie auf die Art und Stärke der ihm vorliegenden Krankheitssymptome und die Schnelligkeit ihrer Rückbildung während der Kur zustehen. Im allgemeinen wird aber eher zu einer Verlängerung der Kur als zu einer Abkürzung Veranlassung vorliegen. Von nennenswerten und zugleich gerechtfertigten Abkürzungen der Hospitalbehandlung könnte nur dann die Rede sein wenn die Möglichkeit einer ambulatorischen Weiterführung der Kur bestände, deren frühem Einsetzen ich aber gar nicht sehr das Wort reden möchte, wenn es sich um floride, nur notdürftig beseitigte Symptome handelt.

Von den verschiedenen Methoden der Quecksilberbehandlung ist keine einzelne etwa unter dem Gesichtspunkte zu empfehlen, daß sie die Kur besonders abkürzte. Ob man Einreibungen oder die verschiedenen Formen der subkutanen Injektionen wählen mag, die Dauer der Kur wird immer ungefähr dieselbe bleiben.

Einen vergleichenden Maßstab gibt die folgende Zusammenstellung (nach Jadassohn):

Für eine energische Kur bei einem normalen kräftigen Menschen genügen:

30—40 Einreibungen von grauer Salbe à 3—4 g (oder ebensoviele Ueberstreichungen à 6 g),
8—10 Injektionen à 0,1 Hydrargyrum salicylic. oder Hg. thymol. in Pausen von 3—6 Tagen,
5—7 Injektionen à 0,1 Kalomel oder Hydr. oxyd. flav. in Pausen von 5 bis 8 Tagen,
30—40 Injektionen à 0,01 Sublimat täglich (bei größerer Einzeldosis in entsprechend größeren Abständen),
6—8 Injektionen von Ol. ciner. (Neisser) à 0,1,
8—10 „ „ „ „ (Lang) à 0,05.

Der Vergleich dieser Tabelle und vor allem die praktische Erfahrung ergibt, daß keine dieser Kuren unter dem Gesichtspunkt einer Abkürzung der Kur empfohlen werden könnte. Vorteile und Nachteile der einzelnen Methoden im übrigen genauer aneinander abzuschätzen, ist hier nicht unsere Aufgabe. Wohl immer mehr werden aber namentlich auf den großen Prostituiertenabteilungen die Quecksilber-Injektionen deshalb angewendet, weil sie wenigstens die Gewißheit bieten, daß die verordnete Behandlung auch tatsächlich befolgt wird, während andere vorzugsweise von der äußerlichen Anwendung (graue Salbe) Gebrauch machen, wenn eine genügende Gewähr für die gewissenhafte Durchführung dieser Kur besteht. Bei jeder Prädilektionsmethode aber wird der Arzt je nach der besonderen Eigentümlichkeit mancher Einzelfälle die anderen Methoden der Quecksilberbehandlung mitheranzuziehen haben.

Endlich kommen Fälle vor, in denen die rapide Häufung der Rezidive und ihr sofortiges Wiederauftauchen nach Aussetzen der spezifischen Behandlung eine länger dauernde Sequestrierung und ärztliche Beobachtung auf zunächst unbestimmte Zeit dringend wünschenswert machten. Bei der meist herrschenden Ueberfüllung der Prostituiertenabteilungen und der daraus entstehenden großen Schwierigkeit, langdauernde Kuren durchzuführen, wäre es doppelt wünschenswert, für solche Personen, bei denen die ärztliche Aufgabe weniger in der eigentlichen Behandlung gewisser Symptome als im Zuwarten und Beobachten besteht, eine anderweitige Form der Verpflegung zu finden, wie sie sich in asylartigen Anstalten am besten durchführen ließe.

Für solche kämen also vor allem in Betracht: 1) syphilitische Prostituierte, bei denen sich eine so schnelle Aufeinanderfolge von Rezidiven gezeigt hat, daß eine sofortige Entlassung nach Beendigung einer Kur riskiert erschiene; 2) Personen in sehr schlechtem Ernährungszustande, denen man im Anschluß an ihre Kur noch eine gewisse Erholung zu teil werden lassen möchte; 3) Prostituierte im zweiten Inkubationsstadium der Syphilis, bei denen es gilt, den Ausbruch der Sekundärsymptome abzuwarten; 4) Schwangere.

Die letzte Kategorie verlangt eine etwas eingehendere Besprechung.

Bei den Frisch-syphilitischen pflegt die Schwangerschaft speziell die genitalen Rezidive zu häufen und damit die Gefährlichkeit solcher Personen zu erhöhen. Aber nicht nur hygienische, sondern auch humane und ästhetische Gründe müßten Veranlassung geben, Prostituierte, wenn sie schwanger werden, ihrem Gewerbe zu entziehen. Tatsächlich aber werden gravide Prostituierte von der Kontrolle an den meisten Orten bis in die letzten Monate der Schwangerschaft hinein in ihrem Gewerbe belassen. Richtig wäre es, für solche Personen, denen es gerade durch die Schwangerschaft doppelt schwer fallen muß, sich fortzuhelfen, so früh wie möglich eine Unterkunft zu eröffnen, wie sie eben ein Asyl darbietet; diese Anstalten müßten den Gesunden wie den Kranken offen stehen. Rekonvaleszentenheime und Entbindungsanstalten werden gerade schwangeren Prostituierten für langfristige Aufnahmen Schwierigkeiten bereiten, und in den Prostituiertenabteilungen der Hospitäler pflegt es an Platz zu mangeln.

Vielfach wird noch die Ansicht vertreten, daß bei Prostituierten nur sehr selten Schwangerschaft einträte; zur Erklärung verweist man auf die große Verbreitung konzeptionshindernder Krankheiten, speziell der Gonorrhöe, wie auf die Anwendung konzeptionsverhütender Eingriffe bei den Prostituierten. Daß die Schwangerschaft bei Prostituierten aber gar zur Geburt lebendiger Kinder führe, wird vor allem aus dem Einflusse der Syphilis auf den Foetus wie aus der Bedeutung der Gonorrhöe für die Unterbrechung der Schwangerschaft, der ganzen Lebensweise der Dirnen und vielleicht nicht in letzter Linie aus absichtlicher Provokation eines Abortus für ein ganz seltenes Ereignis gehalten. Diese Anschauung ist gewiß übertrieben. Werner hebt in seiner Arbeit über die Sterblichkeit der Prostituiertenkinder auf Grund der Hamburger Erfahrungen hervor, daß eine größere Anzahl inskribierter Puellen, besonders solche, welche die Frühperiode der Syphilis überstanden haben und genügend behandelt sind, mit großer Regelmäßigkeit Jahr für Jahr gebären. Werners Untersuchungen

umfassen 243 Prostituiertenkinder (von 185 Müttern). Nur 53 dieser Mütter waren bei ihrer Niederkunft noch nicht syphilitisch infiziert. 62 Proz. der lebensfähigen Prostituiertenkinder sind innerhalb des 1. Lebensjahres gestorben.

So geringe Aussichten auf Erfolg demnach die Sorge für die noch Ungeborenen haben mag, wird die Asylierung der schwangeren Prostituierten sich gerade im Hinblick auf die Syphilis besonders empfehlen. Ist die Mutter bereits syphilitisch infiziert, so kann eine intensive und protrahierte Behandlung der Frucht zu gute kommen; die Aussichten, ein lebendes und nicht mit den Erscheinungen der hereditären Syphilis behaftetes Kind zu gewinnen, werden allerdings im einzelnen je nach dem Bestande der mütterlichen Erkrankung schwanken. Ist aber die Mutter noch nicht syphilitisch, so handelt es sich darum, die Schädigung der Frucht durch eine postkonzeptionelle Infektion auszuschließen.

Werner tritt nun weiterhin dafür ein, daß eine hygienische Kontrolle der Prostituiertenkinder durchgeführt werde, schon deshalb, weil von dem kongenital-syphilitischen Kinde eine Gefahr für seine Umgebung ausgehen könne. Diese Maßregel erweise sich als logische Folge der durch die Sittenpolizei durchgeführten Hygiene. Beaufsichtige man die Prostituierten, um dadurch eine Abnahme der Venerie zu erzielen, so sei es ebenso angezeigt, ihre Kinder unter Kontrolle zu stellen, von denen in gleicher Weise unheilvolle Infektionen ausgehen können.

Werner formuliert auf Grund der Hamburger Einrichtungen, die seit Ende der siebziger Jahre getroffen wurden, die Forderung: Jedes am Ende der 6. Lebenswoche das Krankenhaus verlassende Kind einer Prostituierten wird mindestens monatlich einmal, im Bedarfsfalle alle 8—14 Tage dem Sittenpolizeiarzt vorgeführt und von diesem einer genauen Untersuchung unterzogen. Ein krank befundenes Individuum wird sofort dem Krankenhause übergeben. Diese monatlichen Kontrolluntersuchungen werden bis zum Ende des 1. Lebensjahres durchgeführt, so daß das Kind ein Jahr lang genauer ärztlicher Beaufsichtigung unterstellt bleibt.

Ueber die Notwendigkeit einer hygienischen Ueberwachung und Beaufsichtigung der Zieh- und Kostkinder ist nicht zu streiten; auch der spezielle Gesichtspunkt, daß diese Ueberwachung ein Glied im Kampfe gegen die Verbreitung der Syphilis darstellt, hat seine volle Berechtigung. Diese Maßnahmen gehören aber zu den Aufgaben einer allgemeinen Ziehkinderfürsorge, und es erscheint mir nicht richtig, daß gerade der Sittenarzt sich an dieser Kontrolle eines Bruchteils jener Kinder beteiligt.

Die Größe des Bruchteils von überwachten Prostituierten innerhalb eines bestimmten Bezirks, der syphilisgefährlich ist oder werden kann, stellt keine feste Größe dar. Je mehr jüngere Elemente und Anfängerinnen inskribiert werden, je mehr etwa gar bei Aufgegriffenen die Einschreibung wegen konstatierter Syphilis erfolgt, je besser es der Ueberwachung gelingt, die einmal Erkrankten unter Aufsicht zu behalten, um so mehr hat die Kontrolle Veranlassung, wegen Syphilis der Prostituierten einzugreifen.

Je reicher andererseits der Stamm der überwachten Prostituierten einer Stadt an älteren, immunisierten Dirnen ist, je mehr man die jungen Elemente und Anfängerinnen von der Inskription zurückhält,

je mehr man Personen im infektiösen Stadium der Krankheit von der Inskription auszuschalten sucht oder ihnen den Austritt aus der Kontrolle ermöglicht, um so mehr wird die Kontrolle auf Syphilis zur Formsache.

Wenn mitgeteilt wird, daß in Brüssel 1898 bei 172 Inskribierten die gut ausgeführte Ueberwachung im Laufe des ganzen Jahres nur 7 Einweisungen ins Spital wegen Syphilis zu verfügen hatte (Bayet), so beweist diese Zahl, daß eben die Inskribierten in Brüssel eine besondere, verhältnismäßig ungefährliche Auswahl darstellen.

In anderen Städten kann die Auswahl der Dirnen weit größere Mengen gefährlicher Individuen umfassen. Ströhmberg schätzt die Gefährlichkeit der Dirnen dahin ein, daß tatsächlich in jedem gegebenen Zeitpunkte jede vierte von ihnen sich im kondylomatösen Stadium der Syphilis befinde.

Seiner Berechnung liegt die Annahme zu Grunde, daß mehr als 90 Proz. der Prostituierten im Alter von 18—25 Jahren stehen, und daß die meisten Syphilisinfektionen zwischen dem 18. und 23. Jahre erfolgten.

Die Breslauer Verhältnisse werden durch die früher angeführten Tabellen beleuchet. Neuerdings hat Baermann nochmals 292 Prostituierte untersucht. Das Hauptkontingent der Breslauer Dirnen befindet sich im Alter zwischen 21 und 33 Jahren; die meisten sind zwischen dem 21. und 23. Lebensjahr inskribiert; die größte Häufung syphilitischer Erkrankungen fällt in das 3. Kontrolljahr.

Es wäre gewiß verfehlt, wollte man deduzieren, die Syphiliskontrolle hätte bei den Prostituierten keinen ernstlichen Wert, weil sich ja die Gefährlichkeit der Dirnen von selbst reguliere. Denn die Quote derer, die noch nicht angesteckt sind oder sich im floriden oder latenten Stadium der Krankheit befinden und bei denen der Kontrolle die Aufgabe des Eingreifens zufallen kann, ist überall nennenswert groß. Und zudem erfüllt die Ueberwachung nicht allein der Aufgabe, die Gesundheit einer gewissen Prostituiertengattung zu bestätigen, sondern vor allem die Gefährlichen auszuschalten. Die erste Voraussetzung, Feststellung derjenigen Kranken, die floride Symptome an sich tragen, stößt bei einer sorgsam durchgeführten Untersuchung auf keine Schwierigkeiten, und wenn bei den übrigen eine gewisse Gefahrenchance übrig bleiben mag, so ist sie unter keinen Umständen so groß, daß sie nennenswert ins Gewicht fiele. Die Schwierigkeit, die sich der Kontrolle gegenüber erhebt, liegt in der Frage, ob und wie weit es gelingt, die gefährlichen Elemente überhaupt der Kontrolle zuzuführen und dauernd unter ihr zu erhalten.

Die Gonorrhöe der Prostituierten.

Bei der Besprechung der Prostituiertengonorrhöe sind im wesentlichen dieselben Gesichtspunkte zu berücksichtigen wie bei der Betrachtung der Syphilis. Die hauptsächliche praktische Aufgabe einer Ueberwachung ist beiden Krankheiten gegenüber dieselbe: Erkennung der ansteckungsfähigen Elemente und Beseitigung der Infektiosität durch die Behandlung.

Es wird sich zeigen, daß bei der Gonorrhöe ganz andere diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten hervortreten als bei der Syphilis. Ganz allgemein wird die Meinung vertreten, daß die

Erfolge der Gonorrhöekontrolle noch weit weniger befriedigen als diejenigen der Syphilisüberwachung, und daß es auch in Zukunft kaum gelingen werde, durch eine Ueberwachung von Prostituierten wesentliche Resultate im Kampfe gegen die Gonorrhöe zu erzielen. Aber wenn beispielsweise noch Mitte der 70er Jahre die Kontrolle sich dahin resignieren durfte, es habe wenig auf sich, wenn die Tripper-erkrankungen wenig oder keinen Einfluß von der Untersuchung erleiden, da es sich nur um lokale Prozesse ohne allgemeine Ansteckung handele, die nur ausnahmsweise bleibenden Schaden nach sich ziehen, also mit der virulenten Infektion (d. h. der Syphilis) in keinen Vergleich gebracht werden können (STROHL), so muß heutzutage ein pessimistischer Standpunkt schwer ins Gewicht fallen, da uns der Tripper nicht mehr als relativ harmlose und nebensächliche Affektion gilt, und da die ungeheure Verbreitung der Krankheit wie die Schwere und Bedeutung ihrer Folgen die Bekämpfung des Trippers zu einer dem Kampfe gegen die Syphilis gleichwertigen Aufgabe gemacht haben. Tatsächlich spielt die Gonorrhöebekämpfung bei der Prostituierten-überwachung in vielen Ländern, die der Syphilis die größte Beachtung schenken, eine nur untergeordnete Rolle. Der Verzicht auf die gründlichste Berücksichtigung der Gonorrhöe bei der Prostituiertenkontrolle muß aber als ganz besonders auffällig und unberechtigt erscheinen, wenn tatsächlich die Gonorrhöe eine heilbare, unter Umständen sogar leicht heilbare Krankheit darstellt, und wenn ihre Diagnose exakt und sicher gestellt werden kann.

Die Feststellung der Ansteckungsfähigkeit scheint bei der Gonorrhöe zunächst wesentlich leichter als bei der Syphilis. Wir sind zum mindesten nicht allein auf die manchmal unsichere Deutung klinischer Symptome angewiesen, sondern wir kennen den Erreger des Trippers in Gestalt des von NEISSER entdeckten Gonococcus, und da sich der Satz vertreten läßt: „Ohne Gonokokken keine Uebertragung der Krankheit", so besitzen wir ein vollkommen zuverlässiges Kriterium der Ansteckungsfähigkeit. Gelingt die Entscheidung, ob eine zu untersuchende Person Gonokokken beherbergt, ohne Schwierigkeit, so ist die diagnostische Aufgabe des Untersuchungsarztes einfach, um so mehr als ihn in den allermeisten Fällen die Gonorrhöe nur in ihren Manifestationen an den Genitalien interessiert und die Untersuchung somit, anders als bei der Syphilis, sich auf eine umschriebene Lokalisation beschränken darf. Auf gewisse Hilfsmomente für die Diagnose, die bei der Syphilis eine Rolle spielen und die bei der Gonorrhöe wegfallen, möchte darum von vornherein kein Wert zu legen sein.

Die zuverlässige Krankengeschichte eines syphilitischen Individuums, aus der wir die Zeit kennen, die seit der Infektion verflossen ist, ebenso wie die Häufigkeit und zeitlichen Verhältnisse der Rezidive, läßt uns die Infektionschancen in einem gegebenen Momente oder den Umfang der zukünftigen Gefährlichkeit des Individuums innerhalb gewisser Grenzen abschätzen, und wir kommen zu Fällen, in denen wir eine Person als definitiv ungefährlich bezeichnen können. Das ist beim Tripper nie der Fall. Wir haben es hier mit einer — im Prinzip — heilbaren Erkrankung zu tun, die aber nicht jene Gesetzmäßigkeiten des Verlaufs zeigt wie die Syphilis, die zugleich keine Immunität gewährt. Eine Person, die vor einiger Zeit gonorrhoisch war, kann inzwischen geheilt und gesund geblieben sein, sie kann ihre Ansteckungs-

fähigkeit noch bewahren, oder sie kann sich neu infiziert haben. Dafür aber gibt es wiederum andererseits keine latente Gonorrhöe in dem Sinne, wie wir eine latente Syphilis kennen (zum mindesten brauchen wir die Existenz eines Trippers, der gar keine Symptome macht, nicht anzunehmen), und wenn man demgemäß für die Beurteilung der Ansteckungsfähigkeit klinische und bakteriologische Untersuchungsmöglichkeiten zu Gebote hat, so sollte man die Entscheidung nicht für schwierig halten.

Wenn solche Schwierigkeiten tatsächlich bestehen, so werden sie in der mangelnden Uebereinstimmung der klinischen mit den bakteriologischen Befunden zu suchen sein; sie ergeben sich an den Fällen, in denen bei negativem Gonokokkenbefunde gewisse klinische — als gonorrhoisch deutbare — Symptome zu finden sind und in denen der negative Gonokokkenbefund keinen Beweis für die fehlende, die klinische Symptomengruppe keinen Beweis für die vorhandene Ansteckungsfähigkeit liefern kann. Solche Voraussetzungen aber treffen nach der landläufigen Behauptung bei der Ueberzahl der Prostituierten zu.

Zwei Fragen werden demgemäß zu berücksichtigen sein:

1) Wie weit sind wir berechtigt, aus klinischen Symptomen allein die ansteckungsfähige Gonorrhöe zu diagnostizieren?

2) Wie weit sind wir berechtigt, einem negativen Gonokokkenbefunde zu vertrauen?

Vorwegzunehmen ist, daß der positive Gonokokkennachweis in den Exkreten solcher Lokalitäten, die einer ansteckenden Vermittelung zugängig sind, unter allen Umständen als der vollwertige und sicherste Beweis der Ansteckungsfähigkeit gelten darf. Wir brauchen nicht mit der Möglichkeit zu rechnen, daß etwa in den Genitalien nach Ablauf einer Gonorrhöe lebensfähige Gonokokken liegen bleiben könnten, die nicht nur keinerlei Erscheinungen mehr machten und damit für ihren Träger bedeutungslos geworden wären, sondern die auch, auf einen gesunden Menschen übertragen, hier nicht die Bedingungen für ihre Weiterentwickelung fänden. Morphologisch und kulturell nachweisbare Gonokokken haben vorläufig unter allen Umständen als virulent zu gelten.

Wie steht es nun mit der rein symptomatisch-klinischen Diagnose der weiblichen Gonorrhöe?

Bis zur Entdeckung des Gonococcus mußten die klinischen Erscheinungen allein über die Diagnose entscheiden. Welche Schwierigkeiten und Unsicherheiten das bedeutete, dafür sei als Gewährsmann Strohl angeführt, der lange Zeit als Arzt am Straßburger Dispensaire fungiert hatte. Er sagt: „Es ist sehr leicht, bei der Frau eine ansteckende Ulceration zu erkennen — mit den Ausflüssen aus den weiblichen Genitalien ist dem nicht so. Außer dem Dasein einer Entzündung oder von Granulationen oder eines bestimmt eitrigen Ausflusses, welche Fälle eine Ansteckungsfähigkeit mehr oder weniger andeuten, weiß ich kein Kennzeichen, welches diese letztere in den anderen Arten des Fluor albus vermuten lassen kann. Noch mache ich eine Ausnahme mit den eiternden Bartholinischen Drüsen, welche ich geneigt bin, als eine häufige Quelle vou Tripper anzusehen. Wenn daher der untersuchende Arzt eine Schankeransteckung verhüten kann, so ist dies mit der Tripperform nicht möglich, er müßte sonst alle fließenden Huren als krank erklären, und wie viele würden da gesund sein?“

7*

Wir werden alsbald Zahlen anzuführen haben, die beweisen, daß mit der Einführung der Gonokokkenuntersuchung eine große Menge von Gonorrhöen bei solchen Prostituierten aufgedeckt wurden, die vordem als gesund galten. Nach WELANDER wurden im Stockholmer Kurhaus an Gonorrhöe behandelt:

1864	4	Prostituierte
1874	19	"
1884	64	"
1894	141	"
1897	475	"

Ein derartiges Anwachsen verweist keineswegs auf eine entsprechende Zunahme der Krankheit, auch nicht allein auf die größere Beachtung, die man ihr überhaupt schenkte, sondern vor allem auf die bessere Methodik der Untersuchung.

Wenn nun aber vor der Entdeckung und Verwertung des Gonococcus die klinischen Erscheinungen keine genügende Auskunft darüber geben konnten, was als ansteckungsfähige Gonorrhöe zu betrachten sei, so war vielleicht gerade unter der Kontrolle der bakteriologischen Untersuchung Klarheit darüber zu gewinnen, welche Symptome unzweideutig als gonorrhoisch aufgefaßt werden müßten.

Die ersten Erscheinungen einer frischen Gonorrhöe geben sich beim Weibe in einer entzündlichen Erkrankung der Harnröhre oder der Cervix uteri oder vielleicht beider Lokalitäten, manchmal zugleich in einer entsprechenden Erkrankung der BARTHOLINIschen Drüsen wie anderer Gebilde des Introitus vulvae kund. Die Affektion kann sich auf die Erkrankung dieser „ersten Wege“ beschränken, sie kann hier in kürzerer Zeit abheilen oder chronisch werden. Häufig genug aber kommt es vom Cervikalkanal aus zu einer „aufsteigenden“ Erkrankung; das Uterusinnere wird mitergriffen, und von dort erfolgt eine weitere Infektion der Gebärmutteranhänge, der Eileiter, der Eierstöcke, der bindegewebigen Umhüllung dieser Organe, zuletzt häufig genug des Bauchfelles. Die aszendierte Gonorrhöe ist stets als eine ernste Erkrankung aufzufassen, sie verläuft oft außerordentlich langsam, kann aber dabei von Zeit zu Zeit mehr oder minder schwere akute Schübe zeitigen.

Alle diese Prozesse werden bei der Gonorrhöe ausgelöst und zunächst bedingt durch das Eindringen der Gonokokken an den genannten Oertlichkeiten, aber die Erkrankung der befallenen Organe kann die örtliche Wirksamkeit der Gonokokken überdauern, und noch nach dem Erlöschen der gonorrhoischen Infektion bleiben dann entzündliche Erscheinungen zurück. Dann liegen krankhafte, aber nicht mehr ansteckungsfähige Prozesse vor (postgonorrhoische Zustände, residuale Gonorrhöe).

Aber auch unabhängig von einer gonorrhoischen Infektion können sich Entzündungen der weiblichen Genitalien entwickeln (tuberkulöse und and andere Prozesse), die klinisch ähnliche Erscheinungen machen und doch für die Frage der Tripperübertragung überhaupt keine Rolle spielten. Derartige Zustände ziehen wir wegen ihrer Seltenheit hier nicht weiter in Betracht.

Nicht geglückt ist nun aber die rein klinische Abgrenzung der postgonorrhoischen Prozesse von der ansteckungsfähigen Gonorrhöe. Allerdings hat die Lehre von der Residualgonorrhöe, so wie sie von SÄNGER ausgebaut wurde, auf eine große Anzahl von Zeichen

verwiesen, die als charakteristisch und zum Teil direkt als spezifisch für eine postgonorrhoische Erkrankung gelten sollten; gerade für die Zwecke der Prostituiertenkontrolle scheint es mir nicht überflüssig, jene Erscheinungen zusammenfassend anzuführen, die gegebenenfalls bei der Untersuchung wie bei der Behandlung der Prostituierten zu berücksichtigen wären:

1) Vulva.

a) Vulvitis maculosa (persistens) der Vestibularschleimhaut: flohstichartige Maculae um die Mündungen der BARTHOLINIschen Drüsen, sowie meist kleinere, scharf umschriebene dunkelrote Flecke rings um die para-urethralen Gänge auf der Höhe von Wärzchen und Karunkeln der Vulva.

b) Adenitis glandulae Bartholini scleroticans: Bildung harter, unempfindlicher, erbsen- bis haselnußgroßer Knötchen; ein- oder doppelseitig. Sitz der Drüsenkörper selbst oder häufiger der Ausführungsgang.

c) Ovale oder runde, flache, scharfrandige Defekte nach außen und hinten von der Mündung der Gl. Bartholini gelegen, hinweisend auf früher erfolgten Durchbruch eines Abscesses.

d) Die überwiegende Zahl der Cysten-Bildungen in der Drüse (oder ihrem Ausführungsgang).

2) Urethra.

a) Urethritis maculosa externa (persistens): scharf begrenzte dunkelrote Flecken und Ringel um die äußere Urethralmündung (entsprechend den oben sub 1 a angeführten Maculae).

b) Verschiedene Formen von chronischer Urethritis, analog den chronischen postgonorrhoischen Katarrhen der männlichen Harnröhre.

c) Strikturen.

d) Periurethritis chronica (starre Verdickung der Urethralwandung bis zu Ringfingerstärke).

3) Vagina.

a) Colpitis maculosa (persistens): die Schleimhaut der Scheide und des Scheidenüberzuges der Portio vaginalis uteri zeigt teils scharf begrenzte, teils verwaschene, dunkle rote Flecken ähnlich den Maculae der Vulva. Sitz: überwiegend die papillen- und faltenarmen Abschnitte; im Bereich der Falten und Papillen besonders auf der Höhe der Kämme und Spitzen zu finden.

b) Colpitis granularis (persistens), Vaginitis papillosa. Lokalisation und Verteilung wie bei der Colpitis maculosa, häufig mit dieser kombiniert. Die Knötchen sind kleiner und derber als diejenigen der Colpitis granulosa gravidarum.

Ferner werden als Folge der Gonorrhöe beschrieben: einzelne Fälle von Colpitis atrophicans, von Colpitis senilis haemorrhagica, auch der Pruritus vulvae ist für viele Fälle hierherzurechnen.

4) Uterus.

a) Endometritis und Metro-endometritis chronica postgonorrhoica (residualis). „In vielen Fällen, wo seit der gonorrhoischen Infektion längere Zeit vergangen ist, und wiederholte Untersuchungen des uterinen Sekretes Gonokokken nicht nachweisen konnten, auch nicht bei stark eitrigem, eventuell künstlich gesteigertem Ausfluß, ist man berechtigt, anzunehmen, daß es sich um eine Residualform der Endometritis und Metro-endometritis handle, d. h. daß die ursprünglich von den Gonokokken hervorgerufenen Entzündungsprozesse nun auch ohne dieselben, Blutungen und krankhafte Absonderung bewirkend, fortdauern."

b) Perimetritis chronica postgonorrhoica, als reine Form, nicht als Teilerscheinung eine Pelveoperitonitis diffusa, ist außer Zusammenhang mit einer gonorrhoischen Infektion sehr selten. Wo sie beobachtet wird, ist sie fast immer fortgeleitet von einer Metro-endometritis acuta gonorrhoica entstanden und im abgelaufenen Stadium als residual anzusehen.

5) Adnexa uteri. Beckenbauchfell: Salpingitis, Peri-salpingitis, Oophoritis, Peri-oophoritis, Pelveoperitonitis residualis.

Solange bei ursprünglich eitrigen Erkrankungen der Adnexe und des Beckenbauchfells die Eiteransammlungen nicht völlig verschwunden sind, wollte auch SÄNGER die Möglichkeit nicht ablehnen, daß noch unentdeckte Herde von Gonokokken vorhanden sein könnten, selbst wenn ihr Nachweis nicht gelang. Dagegen sprach er als mikrobenfrei residual die abgelaufenen, eiterfreien, chronischen Erkrankungen der Adnexe und des Beckenbauchfells an, in denen sich die Erkrankung nur mehr durch seröse Ergüsse und bindegewebige Verdichtungen, Stränge und

Membranen äußert. Die cystischen und pseudocystischen Bildungen, die sich bei solchen Adnexerkrankungen finden (Follikularcysten des Ovariums, Cysten des Mesosalpingiums, Lymphocelen, Hydrosalpinxsäcke) werden ebenfalls nicht als Folgen eines noch aktiven Prozesses aufgefaßt.

6) Beckenbindegewebe: Parametrium.

Narbige Residuen früherer Parametritis puerperalis mögen ebenfalls die Folgen ursprünglicher Gonorrhöe darstellen.

7) Rectum.

Die Beziehung von Rektalstrikturen zur Gonorrhöe ist ebenfalls als möglich anzusehen.

Es ist anzuerkennen, daß die angeführten Zeichen speziell dem Gynäkologen zu wichtigem diagnostischen Anhalt werden können, besonders hinsichtlich der Entstehung mancher Erkrankungen der inneren Genitalien, deren Ursachen sonst vielleicht dunkel bliebe. Sollen die Erscheinungen der Residualgonorrhöe aber nur klarlegen, daß ihre Trägerin einmal gonorrhoisch infiziert worden ist — ohne Rücksicht auf die Frage, ob die Ansteckungsfähigkeit noch fortbesteht — so ist diese Feststellung bei der Prostituiertenüberwachung ohne praktischen Wert und eigentlich überflüssig, da man keinen nennenswerten Fehler mit der Annahme begeht, daß jede Prostituierte der Gonorrhöe verfallen ist.

Für unsere therapeutischen Aufgaben bei den Prostituierten haben jene Zeichen ebenfalls keine besondere Bedeutung, da es gilt, die Ansteckungsfähigkeit und nicht die Resterscheinungen zu beseitigen. Die wesentliche Frage aber, ob nämlich die klinischen Erscheinungen der Residualgonorrhöe eindeutig die Ansteckungsfähigkeit des Prozesses als erloschen erscheinen lassen, muß verneint werden, um so mehr, als bei einer Ausbreitung der Krankheit an mehreren Stellen die Infektiosität wohl in einer oder der anderen Lokalisation erloschen sein mag, während sie an anderen noch fortdauert. Der Gynäkologe mag allerdings auf Grund der länger dauernden Beobachtung unter günstigen äußeren Bedingungen, unter Mithilfe von Untersuchungen in Narkose zu einer Entscheidung gelangen, ob Erkrankungen der inneren Genitalien, der Uterusanhänge und des Bauchfells postgonorrhoischer Natur seien; er wird vielleicht auch ein Urteil darüber wagen können, ob die Krankheitsherde abgeschlossen und abgesackt seien, so daß keine Möglichkeit für den ansteckungsfähigen Eiter mehr besteht, rückläufig eine Uteruserkrankung wieder auszulösen oder sich dem Cervikalsekret beizumengen. Für die Residualerscheinungen in den ersten Wegen aber und vor allem auch für die Erkrankung des Uterusinneren mußte auch Sänger das Zugeständnis machen, daß sie noch zum Gebiete der chronischen und ansteckungsfähigen Gonorrhöe gehören könnten, und daß das beste Mittel zur Entscheidung in der sorgfältigen und wiederholten Untersuchung auf Gonokokken liege.

Wie kann nun eine Kontrolle vorgehen, die rein aus einer klinisch-symptomatischen Untersuchung heraus eine Entscheidung treffen will, ob eine Prostituierte an ansteckungsfähigem Tripper leide?

Sie wird die schweren Erscheinungen einer akuten Erkrankung nicht übersehen, bei allen jenen noch frischeren Fällen aber, die nur geringfügige Erscheinungen machen, und bei allen älteren Fällen auf eine Abschätzung der Intensität der Erscheinungen angewiesen sein. Je geringfügiger sich die Symptome in den ersten Wegen darstellen, desto weniger wird Veranlassung sein, die Prostituierte etwa einer

Krankenhausbehandlung zu überweisen, die ja solche geringfügige Resterscheinungen meist doch nicht beseitigen kann. Speziell bei der Harnröhrenerkrankung kann eine solche Kontrolle nur dann einschreiten, wenn es gelingt, Eiter zu exprimieren, und auch für die Sekretion aus der Cervix uteri wird die eitrige Qualität und die reichliche Menge maßgebend. Gerade hier aber wechseln in vielen Fällen die Befunde innerhalb kürzester Zeit außerordentlich. Eine Person, die an einem Tage klinisch verdächtig erscheint, mag schon nach wenigen Tagen keine starke Sekretion mehr darbieten, aber alsbald wieder mit stärkerem Ausfluß aufs neue als ansteckungsgefährlich gelten. Dieser rasche Wechsel der klinischen Symptome läßt auch die Resultate der Behandlung sehr unzuverlässig erscheinen. Keinesfalls gibt der Rückgang der klinischen Symptome während der Therapie die Gewißheit, daß die Ansteckungsfähigkeit erloschen ist. Endlich wissen wir, daß Neu- und Superinfektionen bei alten Gonorrhöen, bei denen die Kranken wieder hochgradig ansteckungsfähig werden können, sich keineswegs in einer Steigerung der vorhandenen geringfügigen Symptome kundzugeben brauchen.

So zeigt denn auch die klinische Erfahrung bei der Gonorrhöe des Weibes, daß eine Beurteilung der Ansteckungsfähigkeit nach der Art und Intensität der Symptome äußerst unzuverlässig bleibt. Es gibt Fälle, die klinisch von vornherein als unverdächtig gelten oder die nach einer Behandlung als geheilt betrachtet werden, und in denen trotzdem eine Ansteckung erfolgt. Es gibt aber umgekehrt auch Fälle mit sehr manifesten Symptomen einer Entzündung, von denen aus keine Infektion erfolgt, trotzdem die Kranken in fortgesetztem geschlechtlichen Verkehr stehen. Somit ist eine Gonorrhöekontrolle der Prostituierten, die nur die symptomatische Untersuchung berücksichtigt, als vollkommen unzuverlässig zu betrachten, um so mehr als gerade bei den fraglichen Fällen älterer Gonorrhöe viele Prostituierte große List und Geschicklichkeit darauf verwenden, durch blanchierende Eingriffe vor der Untersuchung die vorhandenen krankhaften Absonderungen zu entfernen und zu verdecken.

Was leistet demgegenüber die Untersuchung auf Gonokokken, und wie stellen sich ihre Ergebnisse im Vergleich zu denen der symptomatischen Untersuchung?

In allen Fällen akuter Gonorrhöe gelingt es leicht und mühelos, die Gonokokken — meist in großen Mengen — nachzuweisen. Bei solchen Fällen besteht also eine genügende Uebereinstimmung mit den klinischen Befunden; sobald aber die ersten Stadien der Krankheit überwunden sind, gehen häufig die klinischen und die mikroskopisch-bakteriologischen Befunde vollständig auseinander. In einem Teil der Fälle sind wohl bei nachweisbaren Krankheitserscheinungen Gonokokken zu finden, in anderen dagegen fehlen sie trotz hochgradiger Sekretion, speziell aus der Cervix uteri, in einer dritten Gruppe von Fällen endlich, die klinisch unverdächtig scheinen, lassen sich Gonokokken mit Sicherheit, manchmal sogar überaus reichlich nachweisen.

In diesem letzten Punkte besteht also eine unbestreitbare Ueberlegenheit der Diagnose, die sich auf dem Gonokokkennachweis aufbaut. Die praktische Bedeutung dieser Feststellung hängt ab von der Zahl der hierher gehörenden Fälle.

Verwertbares Zahlenmaterial ergeben Nachforschungen, die an Stelle

einer nur nach klinischen Gesichtspunkten erfolgten Kontrolle der Prostituierten die Untersuchung auf Gonokokken setzten.

STEINSCHNEIDER konnte zunächst 1887 auf der NEISSERschen Klinik bei einer beträchtlichen Zahl der Kranken, die wegen Syphilis, Ulcus molle oder anderer Affektionen eingewiesen waren, durch die mikroskopische Sekretuntersuchung das Vorhandensein von Gonorrhöe nachweisen. Eine umfangreiche Untersuchung, die dann NEISSER im Januar 1888 bei allen zur Kontrollvisite erschienenen Prostituierten vornahm, und bei der das Urethral- und Cervikalsekret mikroskopiert wurde, ergab, daß 104 Dirnen von 527 unzweifelhaft an Gonorrhöe litten, bei denen nach dem makroskopischen Befunde keinerlei Verdacht auf Gonorrhöe bestand.

Als HAMMER in Stuttgart bei den Prostituierten die Gonokokkenuntersuchung einführte, nahm die Zahl der konstatierten Tripperfälle ganz gewaltig zu.

Es wurden wegen Gonorrhöe ins Spital aufgenommen:

1893	1894		1895
II. Halbjahr	I. Halbjahr	II. Halbjahr	I. Halbjahr
19	8	61	235

Speziell bei den Inskribierten war ohne Untersuchung auf Gonokokken fast nie ein Tripper entdeckt worden, während sich mit der Einführung der mikroskopischen Untersuchung das Bild sehr wesentlich änderte.

LOCHTE fand Gonokokken in der Urethra bei 16,2 Proz. der klinisch Unverdächtigen, bei wiederholten Untersuchungen gar bis zu 35 Proz.!

PRYOR konstatierte durch die mikroskopische Gonokokkenuntersuchung

bei 17 von 62 unverdächtigen Fällen Cervixgonorrhöe,
„ 91 „ 112 „ „ Urethralgonorrhöe.

Mikroskopische Sekretuntersuchungen bei der Berliner Prostituiertenkontrolle vom Jahre 1897, über die KOLLM berichtet, ergaben, daß an einzelnen Tagen von den der Reihe nach, wie sie vorkamen, ohne Unterschied der Person Untersuchten sich bei 30 Proz. Gonokokken fanden. „Diese wären sämtlich gesund geschrieben worden, da außer dem bei den meisten so gewöhnlichen Fluor keine Erscheinungen auf Gonorrhöe deuteten.“

Bei der Einführung der Gonokokkenuntersuchung in Düsseldorf konstatierte HOFACKER bei den Inskribierten eine Zunahme der Gonorrhöe auf mehr als das Vierfache! Bei den Aufgegriffenen allerdings ergab die Gonokokkenuntersuchung keine wesentliche Zunahme der krank Befundenen — vielleicht zum Teil deshalb, weil bei diesen schon geringfügigere Erscheinungen zu rigoroserem Einschreiten Veranlassung geben, dann aber deshalb, weil jenen aufgegriffenen Weibern in der Regel Gelegenheit und Schulung fehlt, durch gewisse Maßnahmen und Eingriffe die Stärke der nachweisbaren Erscheinungen zu beeinflussen.

Wir brauchen bei den mitgeteilten Daten gar nicht einmal in Betracht zu ziehen, daß die Gonokokkenuntersuchung wenigstens zum Teil noch nach Umfang und technischen Voraussetzungen hätte vervollkommnet werden können, so daß ihre Resultate noch höhere Ziffern hätten liefern müssen. Selbst in einer noch verbesserungsfähigen

Form zeigt die Einführung der Gonokokkenuntersuchung überall ein gewaltiges Ansteigen der festgestellten Tripperfälle.

Verschiedene Gründe bedingen die Ueberlegenheit der mikroskopischen Diagnose.

1) Es ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß manche Prostituierte Gonokokken beherbergen, ohne selbst gonorrhoisch krank zu sein. Es würde sich hier zunächst entweder um solche Dirnen handeln, bei denen der Koitus mit einem kranken Manne infektiöses Material in die Geschlechtsteile, speziell in die Vagina eingebracht hätte, das hier wenigstens für eine gewisse Zeit wohl seine Lebensfähigkeit bewahrte, aber nicht die Bedingung für sein Haften gefunden hätte, oder daß die betreffende Dirne sich noch im Inkubationsstadium des Trippers befände. Beide Voraussetzungen sind nicht abzuleugnen, können aber quantitativ nicht wesentlich ins Gewicht fallen. Von einer großen Anzahl von Dirnen darf ohne weiteres vorausgesetzt werden, daß sie die Gebote der Reinlichkeit genügend erfüllen, um sich durch Ausspülungen von deponiertem Infektionsmateriale zu befreien, und sie haben alles Interesse daran, gerade vor den Kontrolluntersuchungen die größte Sauberkeit anzuwenden. Weiterhin ist die Inkubation des Trippers bei der Frau von kürzester Dauer. Die umgekehrte Möglichkeit, daß etwa die Anwesenheit der Gonokokken den Krankheitsprozeß überdauere, brauchen wir nicht in Betracht zu ziehen. Unter allen genannten Voraussetzungen aber würde ein besonders günstiger Zufall dazu gehören, wenn das gonokokkenhaltige Material gefunden werden sollte.

2) Die gefundenen Gonokokken entstammen mitunter Lokalisationen der Gonorrhöe, die der klinischen Untersuchung nicht zugänglich sind. So können sie im Cervikalsekret zum Vorschein kommen, wenn bei einer aszendierten Gonorrhöe der Abfluß frei blieb oder wieder frei geworden ist. Eine genauere Untersuchung auf die Beteiligung der höher gelegenen Organe ist aber im allgemeinen im Rahmen der Prostituiertenuntersuchung nicht möglich, sie würde außerdem über die Frage der Ansteckungsmöglichkeiten, die von der aszendierten Gonorrhöe ausgehen, keinen genügenden Aufschluß erteilen.

3) Die Prostituierten suchen häufig genug durch allerlei Kniffe vorhandene Krankheitserscheinungen wenigstens bei der Kontrollvisite zu verdecken. Vorhergehende Tamponade, Einlegen von Schwämmchen, Ausspülungen der Vagina, Ausdrücken der Harnröhre und der Bartholinischen Drüsen, Injektionen in die Harnröhre u. dgl. mehr spielen zu jenem Zwecke bei erfahrenen Prostituierten keine geringe Rolle. Die Art der Sekretentnahme zu mikroskopischen Zwecken bedingt aber, dass auch da, wo gröbere Veränderungen cachiert worden sind, noch Untersuchungsmaterial gewonnen werden kann.

4) Vor allem aber lehrt die Gonokokkenuntersuchung zur Evidenz, daß bei einer alten Gonorrhöe die klinische Untersuchung nicht ausreicht, die noch ansteckungsfähigen Fälle von den postgonorrhoischen Zuständen zu unterscheiden. Hinter noch so geringfügigen Resterscheinungen steht häufig noch der ansteckungsfähige Tripper. Hier kann nur die Gonokokkenuntersuchung Aufschluß geben.

Unter allen soweit besprochenen Voraussetzungen ist die Ueberlegenheit der mikroskopischen Diagnose unbestreitbar.

Wie steht es nun aber mit den umgekehrten Fällen? Ist dann die Ansteckungsfähigkeit als ausgeschlossen

zu betrachten, wenn sich in klinisch verdächtigen Fällen keine Gonokokken finden?

Zunächst seien einige Zahlen gegeben, die dartun, wie weit die symptomatische und die mikroskopische Untersuchung differieren.

CARRY findet (bei einmaliger Untersuchung) nur bei einem Drittel der Prostituierten mit verdächtigem Sekret Gonokokken. BERGH weist Gonokokken im Hospital nach bei 84 Proz. der Urethritiden und bei 52 Proz. der Cervikalkatarrhe, SCHULTZ bei 54 von 79 Gonorrhöeverdächtigen, LANG bei 31 Proz. der Urethralkatarrhe und bei 20,7 Proz. der Cervikalkatarrhe, WWEDENSKY bei 33 Proz. der Urethritiden und bei 24,5 Proz. der Cervikalkatarrhe. BAERMANN konnte nur bei einem Drittel der klinisch Verdächtigen Gonokokken finden. BAER findet unter 310 wegen Gonorrhöe dem Spital zugewiesenen Frauen 201 klinisch Verdächtige. Mikroskopisch fanden sich bei 160 von diesen Gonokokken in der Urethra; von 190, derer Cervikalsekret untersucht wurde, hatten 140 Gonokokken.

KLEIN fand bei 90 klinisch Verdächtigen nur 90mal Gonokokken, GAUER bei 140 Prostituierten mit Fluor 48mal Gonokokken.

Ueberall also ist es nur ein Bruchteil der Fälle, in denen die Gonokokkenuntersuchung den klinischen Verdacht bestätigt. Aber das negative bakterielle Ergebnis verdient doch nur sehr bedingte Vertrauenswürdigkeit. Auf Schritt und Tritt kann man ersehen, daß Weiber trotz des negativen Gonokokkenbefundes infizieren, daß Gonorrhöen, die auf Grund der bakteriologisch-mikroskopischen Kontrolle für geheilt erklärt wurden, sich als ansteckungsfähig erweisen. Es gilt darum vor allem, die Bedingungen zu untersuchen, die jenem negativen Ergebnis die denkbar größte Zuverlässigkeit verschaffen. Und da findet sich eine Abhängigkeit von einer ganzen Reihe von Voraussetzungen.

Die Wichtigkeit dieser Dinge für die Zuverlässigkeit der Prostituiertenkontrolle veranlaßt zu etwas genauerer Besprechung der technischen Einzelheiten.

Denn die Zuverlässigkeit der mikroskopischen Untersuchung auf Gonokokken hängt ab: von dem Stadium der Erkrankung, von der Art und Zahl der untersuchten Lokalitäten, von den näheren Umständen, unter denen die Präparate entnommen wurden, von der Häufigkeit der Untersuchung, von der Zahl der Präparate, von der genaueren Untersuchung der Einzelpräparate resp. der darauf verwendeten Zeit. Gewisse technische Voraussetzungen haben dabei als selbstverständlich zu gelten: so die genügende Geübtheit des Untersuchers und die Güte des Instrumentariums.

Welch großer Unterschied besteht aber zwischen der Aufgabe des Untersuchungsarztes, der mit möglichster Eile die Kontrolle einer großen Anzahl von Dirnen absolvieren soll, die ein Interesse daran haben, vorhandene pathologische Befunde zu verheimlichen und zudem Kenntnisse und Kniffe besitzen, dem Arzte entgegenzuarbeiten, und zwischen dem Standpunkte des Krankenhausarztes, der unter günstigsten Voraussetzungen bei einer willfährigen Kranken mit reichlicher Assistenz und der Möglichkeit häufiger Wiederholungen seine Untersuchung vornehmen kann. Bei der Prostituiertenuntersuchung kommt es aber nicht auf die theoretische Möglichkeit des Gonokokkenfundes an, sondern auf die eminent praktische Frage, wie sich die Ergebnisse unter recht schlechten äußeren Voraussetzungen stellen.

Gehen wir die einzelnen Punkte durch:

Die Entnahme der Präparate.

Der makroskopische Charakter des Sekretes bietet niemals Gewähr für das Fehlen der Gonokokken; glasiger Cervikalschleim z. B. enthält öfters reichlich jene Bakterien. Ferner handelt es sich um eine ganze Anzahl von Stellen, an denen sich Gonokokken ansiedeln können und die für die Möglichkeit einer Uebertragung in Frage kommen; ihnen allen müßten eigentlich Sekret- und Exkretproben zur Untersuchung entnommen werden. Nach dem, was bereits über die blanchierenden Eingriffe der Prostituierten gesagt wurde, ist mit Schwierigkeiten zu rechnen, denen die Gewinnung der Sekretproben unterliegt. Man hat deshalb den Vorschlag gemacht, Prostituierte nur unter Voraussetzungen zu untersuchen, die ihnen eine Vorbereitung für die Untersuchung unmöglich machten. Speziell bei Ausübung der Kontrolle in den Wohnungen der Prostituierten wäre mit solchen zu rechnen. Aber der tatsächlich gemachte Vorschlag, die Dirnen sollten stundenlang vor der Untersuchung unter strengster Aufsicht in einem Wartezimmer konsigniert werden, empfiehlt sich weder aus humanen noch aus praktischen Rücksichten. Zudem bleibt in den meisten Fällen trotz cachierender Eingriffe die Möglichkeit erhalten, mikroskopisches Untersuchungsmaterial zu gewinnen, so daß rigorose Vorbereitungen nicht notwendig werden.

An der Harnröhre, die vor allem für die Sekretentnahme in Frage kommt, genügt allerdings nicht einfaches Auspressen „durch regulären Fingerdruck“ von der Vagina her. Die Zahl der als krank erkennbaren Fälle steigt erstaunlich an, wenn man an Stelle jenes gröberen Verfahrens die Entnahme des Harnröhrensekrets durch Abschaben der Urethralwandung mittels eines einfachen Instrumentchens setzt (einer zur Schlinge gebogenen stärkeren Platinnadel oder besser eines Platinlöffelchens oder -spatelchens). Das Verfahren ist weder schmerzhaft noch schädigend, es hat den Vorzug der größten Sauberkeit, das Instrumentchen ist durch Ausglühen leicht und sicher zu desinfizieren.

Die Ueberlegenheit der Methode beruht darauf, daß sie nicht nur locker aufsitzendes Sekret aus der Harnröhre herausschafft, das zum Teil etwa vor der Untersuchung von der Patientin selbst entfernt werden konnte, sondern daß sie die obersten Epithellagen mit entfernt, in denen häufig genug Gonokokken sitzen. Das Verfahren schafft stets Untersuchungsmaterial aus der Urethra zu Tage.

Aus den Bartholinischen Drüsen dagegen ist nicht immer Sekret zu gewinnen. Ausdrücken „durch kunstgerechten Fingerdruck“ gelingt sehr oft nicht, instrumentelles Eingehen in den Ausführgang ist oft sehr schwierig und zu widerraten, da die Aussicht, Sekret zu Tage zu fördern, gering bleibt und andererseits der Eingriff eine gewisse Gefahr in sich birgt, Entzündungen anzufachen. Erfahrene Prostituierte wissen durch Expression vor der Untersuchung die Sekretentnahme zu vereiteln.

Die oft zahlreichen tieferen Lakunen und Krypten am Introitus vulvae können ebenso wie die häufig vorhandenen paraurethralen Gänge gonokokkenhaltiges Material enthalten. Das Absuchen dieser Lokalisationen ist sehr mühselig und unsicher und läßt sich praktisch kaum durchführen; höchstens können solche Stellen in Frage kommen, die sich durch deutlichere Entzündungserscheinungen kenntlich machen.

Es sei daher besonders hervorgehoben, daß gerade die paraurethralen Gänge, deren Vorhandensein z. B. BERGH bei 151 von 672 öffentlichen Frauenzimmern und bei 556 von 2558 heimlichen Prostituierten feststellte, der Sitz einer versteckteren und schwer heilbaren Gonorrhöe werden könne.

Auf eine mikroskopische Untersuchung des Sekretes in der Vagina darf man prinzipiell verzichten. Die Sekretentnahme wird gerade hier durch blanchierende Eingriffe häufig vereitelt. Aber auch wenn sich eine deutliche Absonderung findet, so enthält sie ein wirres Gemisch der verschiedensten Bakteriensorten, unter denen es nur durch Zufall gelänge, Gonokokken herauszufinden. Zudem haben wir mit einer echt gonorrhoischen Erkrankung der Scheide, die etwa gar noch isoliert vorhanden wäre, praktisch so gut wie nie zu rechnen.

Dagegen verlangt die Untersuchung des Cervikalsekretes die größte Aufmerksamkeit. Zur Einstellung des Muttermundes verwenden wir Milchglasspekula, die keine Hilfskraft zum Halten erfordern. Sie werden zur Einführung praktischerweise nur mit Wasser befeuchtet. Beimengung von Oel, Glycerin u. dgl. kann die Durchmusterung der mikroskopischen Präparate wesentlich erschweren. Wo möglich werde der erste aus der Cervix hervorquellende Sekretpfropf weggewischt. (Vorsicht! da es bei Erosionen der Portio leicht zu Blutungen kommt, die unter Umständen die Entnahme einer zweiten Sekretprobe vereiteln.) Man überzeuge sich, wenn möglich, durch kombinierte Untersuchung (Druck auf das Spekulum von unten, Gegendruck vom Abdomen aus), ob sich nicht größere Sekretmengen entleeren lassen.

Die Entnahme des Sekretes geschehe mit einem Spatel oder Löffelchen aus Platin, mit einem dicken Platindraht oder mit einer Kornzange mit sehr schmalen Branchen. Auch Aspiration mittels einer Spritze ist empfohlen worden.

Für die Wahl des Instrumentes ist gerade bei der Prostituiertenuntersuchung die Schnelligkeit, mit der ein und dasselbe Instrument wieder gebraucht werden kann, und demnach die Möglichkeit raschester Sterilisation zu berücksichtigen. Die ausglühbaren Platininstrumentchen verdienen also wohl den Vorzug.

Für die Entnahme von Sekret aus dem Rectum ist die Anwendung eines Mastdarmspiegels notwendig, wenn es nicht dem Zufall überlassen bleiben soll, ob der eingeführte Platindraht verwertbares Sekret zu Tage fördert.

Herstellung der mikroskopischen Präparate.

Für die praktisch-diagnostischen Zwecke genügt es, robustere Objektträgerpräparate anzufertigen. Genügend feine Verteilung des Eiters ist leicht zu erreichen. Man wird sich bei der mikroskopischen Betrachtung auf je ein Präparat von jeder zu untersuchenden Stelle beschränken. Doppelte Präparate sind immerhin als Reservematerial wünschenswert, besonders wenn es auf Kontrollfärbungen nach der GRAMschen Methode ankommt.

Gewiß würde mit der Untersuchung mehrerer Präparate die Zuverlässigkeit steigen. Besonders ergibt sich bei der Herstellung einer größeren Anzahl von Präparaten aus einem größeren Tropfen Cervikalsekret, daß gelegentlich in ein oder den anderen derselben Gonokokken zu finden sind, während sie in den übrigen fehlen. Aber gerade bei

der Prostituiertenkontrolle sind der Ausdehnung der Einzeluntersuchung Grenzen gesetzt.

Die einzelnen Präparate werden am besten mit dem Kreidestift signiert (U = Urethra, B = BARTHOLINIsche Drüsen, C = Cervix). Wo man sich darauf beschränkt, die Sekrete der einzelnen Entnahmestellen auf einem Objektträger zu vereinigen, kann man wenigstens durch die verschiedene Richtung des Ausstriches kenntlich machen, woher das Sekret stammt.

Färbung.

Wir besitzen keine spezifische oder genügend elektive Färbung der Gonokokken. So kann es häufig genug schwierig werden, die Gonokokken im mikroskopischen Bilde von anderen Mikroorganismen zu unterscheiden, wenn die letzteren überwuchern, so besonders im Cervixsekret. Doppelfärbungen bedeuten eine gewisse Erleichterung zum Aufsuchen der überhaupt im Präparate vorhandenen Mikroorganismen. Der Vorteil wird dadurch aufgewogen, daß solche Doppelfärbungen komplizierte sind und längere Zeit in Anspruch nehmen. Ich halte ebensowenig die Verfahren von SCHÄFFER, PICK-JACOBSOHN, LANZ für erforderlich wie die PAPPENHEIMsche Färbung mit Methylgrün-Pyronin, die meist sehr schöne Bilder liefert, aber immerhin 3—5 Minuten, bei den dicken Objektträgerpräparaten eher noch längere Zeit erfordert. Neutralrotfärbungen im unfixierten Präparat bieten ebenfalls keinen Vorteil für unsere Zwecke.

Die Anwendung des GRAMschen Verfahrens kann sich notwendig erweisen, die Unterscheidung der Gonokokken von anderen Bakterien mit ähnlicher Form zu sichern. Sie erfüllt diese Aufgabe nicht vollkommen, verzögert das Arbeiten, gibt auch oft nicht recht klare Bilder. Im allgemeinen ist für die Gonokokkenfärbung immer noch am meisten die alte einfache Färbung mit Kali-Methylenblau anzuraten. Sie ist in einigen Sekunden durchzuführen; je kürzer man färbt, um so deutlicher stechen die bereits dunkelblau tingierten Kokken von den noch helleren Zellkernen ab. Massenfärbungen nehme man wegen des schnelleren, bequemeren und sparsameren Arbeitens nur in Standgefäßen vor.

Nach der Färbung erfolgt einfache Wasserspülung, Trocknen zwischen Fließpapier, Betrachtung mit der Oel-Immersion ohne Deckgläschen.

Schwierigkeiten, die sich bei der Betrachtung der Präparate ergeben können:

Kriterien für die Beurteilung der Frage, ob gefundene Mikroorganismen auch tatsächlich als Gonokokken aufzufassen seien, liefern uns die Größe, Semmelform und die charakteristische Einlagerung in Eiterzellen. Verwechslung mit anderen Mikroorganismen ist nicht völlig ausgeschlossen, ihre Wahrscheinlichkeit gering. In Zweifelsfällen ist das GRAMsche Verfahren anzuwenden. Finden sich nicht ohne weiteres Gonokokken im Präparate, so ist es schwer, etwa aus dem allgemeinen Charakter des Sekretes Anhaltspunkte für ihre Anwesenheit zu gewinnen. Speziell für die Urethra glaubte HAMMER darauf verweisen zu können, daß reichlicher Eitergehalt in den meisten Fällen auf die Anwesenheit von Gonokokken hindeutet, daß diese dagegen bei rein epithelialem Sekret fast nie zu finden seien. Auch dieser Satz gilt nur innerhalb gewisser Grenzen und enthebt uns nicht der Aufgabe, in jedem Einzelfalle genau zu suchen. Ich habe bei

Frauen Fälle gesehen, in denen nach einer Gonorrhöe für viele Monate rein eitrige Urethralabsonderung zurückblieb, ohne daß jemals Gonokokken nachgewiesen werden konnten.

Umgekehrt findet HAMMER, daß man sich bei Fällen, in denen das Sekretpräparat ausgesprochen epithelialen Charakter trägt, nicht aufzuhalten brauche und seine Aufmerksamkeit auf die durch eitrige Sekretion verdächtig gewordenen Präparate konzentrieren könne; er sah 80 Proz. der Gonokokkenbefunde bei eitrigem Urethralsekret. Aber auch hier steht das Ergebnis des Einzelfalles häufig genug im Gegensatz zu der Regel. Gonokokkenfunde sind auch bei epithelialer Absonderung nicht gerade selten.

Beim Cervikalsekret vollends läßt sich aus der mehr eitrigen oder schleimigen Beschaffenheit keine Vermutung über Vorhandensein oder Fehlen von Gonokokken wagen.

Wie lange ein einzelnes, anscheinend gonokokkenfreies Präparat durchforscht werden solle, ehe man das weitere Suchen aufgeben darf, darüber läßt sich keine allgemeine Regel aufstellen. Die Ansprüche, welche die einzelnen Autoren hier an die Gründlichkeit stellen, gehen weit auseinander, und sie können leicht zu Forderungen führen, die eine Anwendung der Gonokokkenuntersuchung für die Prostituiertenkontrolle von vornherein unmöglich machen müßten. Man wird aber ohne weiteres zugeben dürfen, daß gerade der Massenbetrieb der Prostituiertenkontrolle leicht zur Flüchtigkeit verleiten kann und daß zudem schließlich bei der oft stundenlangen, gleichmäßigen, überaus langweiligen Arbeit die Ermüdbarkeit des einzelnen Untersuchers für die Zuverlässigkeit der Nachforschung wesentlich ins Gewicht fällt. Wo mehrere Aerzte sich gleichzeitig in die Untersuchung zu teilen haben, ist deshalb für die Mikroskopierenden eine häufigere Abwechslung mehr als wünschenswert.

Es wäre also vor allem wichtig, zuverlässige Durchschnittswerte für die Zeit zu besitzen, innerhalb der sich eine gewissenhafte Gonokokkenuntersuchung durchführen läßt.

BRÖSE und SCHILLER haben seinerzeit angegeben, daß sie bei 271 Fällen 1500 Präparate auf Gonokokken genau untersucht hätten. Sie brauchten zur genauen Durchmusterung für viele Präparate bis zu $^3/_4$ Stunden, durchschnittlich aber 20 Minuten. Dabei gilt die Zeit von $1^1/_2$—2 Stunden als äußerste Grenze für die Leistungsfähigkeit bei derartigem Mikroskopieren. Ließe sich also die Untersuchung nicht schneller erledigen, so wäre sie bei der Prostituiertenkontrolle praktisch undurchführbar.

JANET dagegen hält in der Stunde 4 Untersuchungen für durchführbar. JADASSOHN meint, ein Arzt könne mit Hilfe einer Wärterin bei genügender Uebung in 2 Stunden 15—20 Prostituierte untersuchen, d. h. auf die einzelne Person kämen 6—8 Minuten. BAERMANN hat in 14 Tagen 393 Prostituierte auf Gonokokken geprüft, und zwar wurden immer je 2 Präparate des Cervikal- und Urethralsekretes (eines mit der Methylenblaufärbung, das andere nach GRAM) untersucht.

Täglich ließ sich die Kontrolle von ungefähr 35 Prostituierten in etwa $1^1/_2$ Stunden erledigen. Die mikroskopische Durchsicht der 140 Präparate erforderte 5 Stunden.

Die genaue Untersuchung (Urethra—Cervix—BARTHOL.) erfordert für 40 Prostituierte 4 Stunden.

Man bedenke, wie wesentlich unter allen Umständen die zeitliche Mehrbelastung der Kontrolle durch die Gonokokkenuntersuchung bleibt, wenn angenommen wird, daß zwei geübte Aerzte mit Hilfe geschulter Wärterinnen in einer Stunde bequem 100 Prostituierte besichtigen können.

Dabei kommt immerhin in Betracht, daß ja durchaus nicht bei jeder Person, die sich zur Untersuchung einstellt, sämtliche Sekretproben zu gewinnen sind; meist beschränkt sich die Prüfung auf das Urethral- und Cervikalsekret. Zu Zeiten der Menstruation soll man überhaupt auf die Entnahme von Sekret verzichten. Und wenn es geglückt ist, im ersten Präparate Gonokokken aufzufinden, so ist damit die Untersuchung der anderen Sekretproben überflüssig geworden. Demnach empfiehlt es sich auch in der Praxis, eine Reihenfolge einzuhalten, die zuerst das Sekret derjenigen Lokalität untersucht, welche die größte Wahrscheinlichkeit eines positiven Befundes darbietet. Man berücksichtige deshalb stets das Harnröhrensekret an erster Stelle.

Lochtes Berechnung, daß für 570 Puellen Hamburgs auch bei nur einmaliger mikroskopischer Untersuchung in der Woche jedesmal die Durchsicht von 2850 Präparaten notwendig wäre, verträgt demnach eine ziemliche Reduktion.

Alles in allem bleibt es eine mißliche Sache, eine normale Durchschnittszeit für die Gonokokkenuntersuchung festzustellen. Eine Beschleunigung der Durchführung ist durch die Verwendung von Hilfskräften möglich, die nicht überall in gleicher Weise aufgeboten werden können.

Wie weit aber die Zuverlässigkeit der einmaligen genauen Durchmusterung der Präparate durch einen geübten Untersucher gehen kann, zeigt Ströhmberg, der bei der Nachprüfung von mehr als 1000 mikroskopischen Präparaten, die sich auf 97 als gonokokkenfrei erklärte Prostituierte bezogen, nur 2 fand, die nachträglich Gonokokken erkennen ließen.

Eine ungeahnte Schwierigkeit für die Verwertung der mikroskopischen Bilder ergäbe sich, wenn es sich herausstellen sollte, daß Mikroorganismen existieren und speziell in den uns hier interessierenden Lokalisationen zu finden sind, die nach morphologischem und färberischem Verhalten eine besondere Aehnlichkeit mit den Gonokokken zeigen und nur durch das Kulturverfahren von diesen unterschieden werden können.

So berichtet Baermann von dem Funde solcher Mikroorganismen in 12 Fällen, die er nur aus dem Cervikalsekret nachgewiesen hat.

Auch mir ist einige wenige Male der Nachweis derartiger Mikroorganismen gelungen.

Alles in allem fallen indessen derartige Pseudogonorrhöen numerisch für die Praxis kaum ins Gewicht; sie führen uns aber zu der Frage, wie weit überhaupt das Kulturverfahren für die Diagnose der Gonorrhöe heranzuziehen sei.

Eine charakteristische Gonokokkenkultur ist schnell und sicher zu analysieren und schließt bei positivem Ergebnis schon bei flüchtiger Betrachtung Zweifel aus. Nun stößt aber gerade die Herstellung von Gonokokken-Reinkulturen auf große Schwierigkeiten, da es sich um einen Mikroorganismus handelt, der sich sehr wählerisch und empfindlich in Bezug auf künstliche Nährböden verhält. Erst durch die Anwendung von komplizierteren Methoden gelang zunächst die Kultur,

und auch da nur bei reichlichem Vorhandensein der Mikroorganismen im Untersuchungsmateriale. Man gelangte allerdings allmählich zur Vereinfachung und Verwendung minder subtiler Nährsubstrate.

Noch jetzt liegen aber die Dinge so, daß nur Material, das Gonokokken in größerer Menge und nicht überwuchert durch andere Mikroorganismen enthält, günstige Vorbedingungen für den positiven Ausfall des Kulturverfahrens liefert, und daß — wie ich aus eigenen Erfahrungen bestätigen kann — sehr selten in Fällen, in denen der mikroskopische Nachweis nicht gelang, die Kultur ein positives Resultat liefert, während umgekehrt die Fälle häufiger sind, in denen bei gesichertem mikroskopischen Nachweis der Gonokokken das Kulturverfahren fehlschlägt.

Die mikroskopische Untersuchung liefert uns demnach die feineren Resultate und man wird auf die Verwendung der Kulturmethode bei der Prostituiertenkontrolle um so eher verzichten, als sie bei ihren unzulänglichen Resultaten ein sehr subtiles Arbeiten verlangt, und dabei viel zu langsam zum Ziele führt. Denn die Entscheidung, ob eine frisch angelegte Kultur Gonokokken enthält oder nicht, steht immer zwei Tage aus.

Es wäre nach allem Gesagten die Verwendung des Kulturverfahrens bei der Prostituiertenkontrolle nicht gerechtfertigt. Es würde sich die wesentliche Ausgabe für die notwendigen Apparate, die fortlaufenden Materialkosten, die Mehrbelastung und notwendige Vermehrung der Untersuchung nicht lohnen.

Nur Ströhmberg hat dem Kulturverfahren einen besonders praktischen Wert beigemessen, nachdem er mit Hilfe desselben im Laufe eines Jahres anscheinend bei sämtlichen Dorpater Prostituierten mit Ausnahme von 2 Personen Gonokokken nachgewiesen hatte. Er verwendete den Thalmannschen Nährboden (Peptonfleischwasseragar) und beurteilte nach den eben angeführten überraschenden Resultaten das Verfahren als sehr leicht durchführbar, wenig Zeit raubend, sehr sicher.

Zu welchen Folgerungen müßten wir nun gelangen, wenn wir in einer Verallgemeinerung der Befunde Ströhmbergs anzunehmen hätten, daß so gut wie alle Prostituierte ständig Gonokokken beherbergten und infektiös wären? Folgerichtig müßte man die Prostituiertenuntersuchung, soweit die Gonorrhöe in Frage kommt, für überflüssig und aussichtslos erklären, da es eben nicht gelingen könnte, alle Kranken auszuschalten, und da bei jeder in der Zirkulation verbleibenden Dirne die Ansteckungsfähigkeit vorauszusetzen wäre. Ströhmberg indessen schlägt die Infektiosität der Prostituierten, bei denen der Gonokokkennachweis ausschließlich durch die Kultur gelingt, so gering an, daß er eine Ausschaltung derselben für überflüssig erachtet. Somit würde auch Ströhmberg für das praktische Vorgehen der Kontrolle auf den mikroskopischen Befund rekurrieren.

Die Ströhmbergschen Angaben sind von Baermann bei der Untersuchung von 100 Prostituierten nachgeprüft und nicht bestätigt worden. Er hält den Thalmannschen Nährboden für unzuverlässig und kann die Ergebnisse von Ströhmberg nur dadurch erklären, daß in dem Genitaltraktus der in Dorpat zur Untersuchung kommenden Prostituierten ein nach Form und Wachstum dem Gonococcus ähnlicher Diplococcus vegetiert. Baermann hat nur in 5 Fällen eine mikroskopisch nicht eruierte Gonorrhöe durch die Kultur nachweisen

können, während umgekehrt in einer Reihe von Fällen die mikroskopische Untersuchung ein positives Resultat geliefert hatte, ohne daß die Kultur gelang. Dieses Ergebnis räumt also dem Kulturverfahren keineswegs die Superiorität ein.

Wir verzichten demnach auf die Heranziehung der Gonokokkenzüchtung bei der Kontrolle; ich sehe deshalb auch gänzlich von einer Wiedergabe technischer Einzelheiten ab, wie sie besonders STRÖHMBERG als wichtig für das Gelingen des Verfahrens hervorhebt. Im Krankenhaus allerdings werden wir in einzelnen zweifelhaften Fällen vorteilhafterweise auf die Anwendung der Methode zurückgreifen, speziell bei jenen Bakterien des Cervikalsekretes, die nach Form und färberischem Verhalten sich dem Gonococcus gleich verhalten und sich nur durch das Kulturverfahren von ihm unterscheiden lassen.

Hier müßte also das Kulturverfahren herangezogen werden, was sich in der Klinik wohl durchführen ließe. Man hüte sich aber davor, hierher gehörenden Befunden übertriebene Bedeutung beizumessen. Wäre der Fund jener Bakterien, die zu einer naheliegenden Verwechslung mit Gonokokken führen können, ein gewöhnliches Vorkommen, so stände es allerdings übel um die mikroskopische Diagnose der Gonorrhöe; tatsächlich aber sind sie nur gelegentlich zu beobachten.

Umgekehrt ließe sich endlich ein interessanter Einwurf gegen die Verwertung der negativen mikroskopischen Befunde aus der Erwägung erheben, ob nicht lebens- und entwickelungsfähige Gonokokken existieren, die ihre Färbbarkeit eingebüßt hätten. In alten, auf künstlichen Nährböden gezüchteten Gonokokkenkulturen finden sich sogenannte Involutionsformen, die nach Form und Färbbarkeit keine Agnoszierung mehr gestatten, aber mindestens zum Teil die Fähigkeit bewahrt haben, sich weiter kultivieren zu lassen. Existieren entsprechende Formen im lebenden Körper, so müßten ihnen gegenüber unsere färberischen Hilfsmittel versagen, und der Untersuchung könnten unüberwindliche Schwierigkeiten erwachsen.

Soweit Kulturversuche auf künstlichen Nährböden über diese noch nicht erledigte Frage einen gewissen Aufschluß erteilen können und soweit ich mich nach eigenen Untersuchungen äußern darf, muß ich sagen, daß in Fällen, in denen eine genauere mikroskopische Untersuchung keine Gonokokken aufdeckt, auch das Kulturverfahren versagt.

Können aber, abgesehen von den zuletzt erwähnten Schwierigkeiten, die negativen Gonokokkenbefunde eine genügende Vertrauenswürdigkeit beanspruchen? Daß Tripperansteckungen leider nur zu häufig von Personen ausgehen, bei denen die mikroskopische Kontrolle negativen Befund geliefert hatte, ist eine allseitige Erfahrung. Die Kritik der negativen Ergebnisse wird dabei in erster Linie auf die Fehler und Unzulänglichkeiten der Untersuchungstechnik verweisen. Gegenüberstellungen zeigen, daß die langsamere, ruhiger und vollkommener arbeitende Untersuchung im Krankenhause nicht selten noch Gonokokken in Fällen nachweist, deren Ansteckungsfähigkeit dem Untersuchungsarzte entgangen ist. Soll die Gonokokkenuntersuchung auf ernsthafte Berücksichtigung Anspruch machen, so muß sie also unter möglichst günstigen Arbeitsbedingungen erfolgen. Zweitens aber muß sie genügend häufig wiederholt werden. Die mangelnde Vertrauenswürdigkeit des Einzelbefundes wird durch die Menge der Wiederholungen zum mindesten teilweise ausgeglichen.

Allerdings müßte diese Untersuchung wo möglich täglich vorgenommen werden, um so mehr, als für die Prostituierte die Möglichkeit besteht, sich jeden Tag frisch zu infizieren. In praxi hat sich aber die tägliche mikroskopische Untersuchung nirgendswo durchführen lassen; schon die Schwierigkeiten, die sich aus der Kostenfrage und der mangelnden Bereitwilligkeit der Prostituierten zu derart gehäuften Untersuchungen ergeben, machen jene Forderung unerfüllbar.

Wie die Ergebnisse der Gonokokkenuntersuchung je nach den Voraussetzungen differieren, zeigt die folgende Gegenüberstellung von polizeiärztlichen Untersuchungen (A) und solchen aus Spitälern (B).

A. Bei der polizeilichen Untersuchung durch mikroskopische Untersuchung gefundene Gonorrhöen.

Autor	Zahl der Untersuchten	Sichere Fälle	Bemerkungen
NEISSER	572	126 = 22 Proz.	Urethra u. Cervix 2mal untersucht
„	597	110 = 19 „	Nur Urethra untersucht
BÜTTNER a)	23	8 = 34,7 „	Nur Urethra 2—6mal untersucht
„ b)	9	1 = 11 „	Nur Urethra 1mal untersucht
„ a) + b)	32	9 = 28 „	
GOLDSCHMIDT	75	17 = 22,6 „	Mehrfach untersucht

KOLLM fand in Berlin 30 Proz. Gonorrhöen.

B. In Hospitälern durch mikroskopische Untersuchung gefundene Gonorrhöen.

Autor	Zahl der Untersuchten	Zahl der Gonorrhöen	Bemerkungen
BÄR	567	348 = 61 Proz.	
BERGH	1783	633 = 35,5 „	
BÜTTNER	12	11 = 91,6 „	
FABRY	55	33 = 60 „	
GAUER	248	85 = 34 „	Nur Urethra
HESSE	142	84 = 59 „	Nur Urethra
KUTTNER	54	38 = 70,4 „	
LAPPE	638	404 = 62,3 „	Zahl der Personen
(„	1449	694 = 47,7 „)	Zahl der Aufnahmen
LOCHTE	172	33 = 19,1 „	Nur Urethra 1mal untersucht bei Inskribierten
„	114	46 = 40,3 „	Geheime Prostituierte
„	70	27 = 38,6 „	Meist wiederholt untersucht
PRYOR	197	112 = 56,8 „	Urethra
SCHULTZ	174	104 = 59 „	
„	527	270 = 51,5 „	
STEINSCHNEIDER	57	36 = 65 „	
WWEDENSKY	306	113 = 51,2 „	
WELANDER	78	46 = 59 „	
„	163	79 = 45,6 „	

LOCHTE fand in klinisch unverdächtigen Fällen bei einmaliger Sekretuntersuchung 16,2 Proz. Gonorrhöen, bei mehrfacher Untersuchung dagegen 35 Proz. positive Befunde, und er deduziert, daß die Zahl der bei einmaliger Untersuchung feststellbaren Gonorrhöen sich bei 3—4-maliger Untersuchung verdoppelt.

Bei allen hierher gehörenden Untersuchungen bleibt übrigens zu beachten, welche Lokalisationen der Gonorrhöe bei der mikroskopischen Untersuchung berücksichtigt werden, da die Chance des

Gonokokkennachweises sich nach der Herkunft des Exkretes außerordentlich verschieden gestaltet. Ein großer Teil der angeführten Zahlen bezieht sich ausschließlich auf Untersuchungen der Urethra.

Aber auch bei gehäuften und sehr sorgfältigen Untersuchungen auf Gonokokken zeigt sich im Einzelfalle häufig genug ein ganz außerordentlicher Wechsel der mikroskopischen Befunde. Ein banales Beispiel aus der Klinik mag dies am besten illustrieren.

Ein vor einem Jahre wegen Gonorrhöe in der Klinik behandeltes, seitdem angeblich gesund gebliebenes Dienstmädchen kommt wegen Syphilis wieder zur Aufnahme. Die Untersuchung ergab keine klinischen Verdachtsmomente für Gonorrhöe, außer geringfügigem schleimig-eitrigen Ausfluß aus dem Mutterhalse. Eine durch 10 Tage durchgeführte mikroskopische Untersuchung des Cervikalsekretes auf Gonokokken hatte nun folgendes Resultat:

1.	Tag	negativ	5.	Tag	positiv
2.	„	„	6.	„	negativ
3.	„	„	7.	„	positiv
4.	„	„	8.—10.	„	negativ

Irgend eine lokale Behandlung hatte in dieser Zeit nicht stattgefunden.

Daß es sich in diesem Falle um einen ansteckungsfähigen Tripper handelte, war nach den beiden positiven Befunden erwiesen; aber wie mühselig war die Feststellung! Fast möchte man bei einem Ueberblick über die ganze Untersuchungsreihe sagen, daß vor allem ein besonderer Zufall dazu gehören mußte, die Diagnose zu ermöglichen; und wenn diese Untersuchung unter den günstigen Voraussetzungen des Spitalsaufenthaltes und mit besonderer Sorgfalt angestellt war, so kann man wohl begreifen, daß ähnliche Erfahrungen zu einem Standpunkt geführt haben, der die Ergebnisse der Gonokokkenuntersuchung für viel zu unzuverlässig hält, um bei der Prostituiertenkontrolle eine dominierende Rolle zu spielen.

Indessen läßt unser Ergebnis nicht nur den Schluß zu, daß die Ansteckungsfähigkeit der untersuchten Person als gering zu betrachten war, sondern es ist dazu die Vermutung zum mindesten erlaubt, daß das verschiedene Resultat der einzelnen Tage keineswegs ausschließlich auf mehr zufälligen Voraussetzungen beruhte, sondern daß tatsächlich die Ansteckungsfähigkeit nur an einzelnen Tagen vorhanden war; somit würde jenes Resultat ein Schwanken der Infektiosität der Patientin widerspiegeln. Auf diesen Punkt werden wir bei der Besprechung des Verlaufes der Prostituiertengonorrhöe alsbald genauer einzugehen haben; ob allerdings mit derartigen Feststellungen viel für die Prophylaxe des Trippers erreicht ist, wenn zudem die Häufigkeit der Kontrolle jenen Schwankungen nicht zu folgen vermag, werden erst weitere Erwägungen lehren.

Vorläufig gelangen wir immerhin wenigstens zu einer gewissen Gruppierung von Gesichtspunkten in der Frage der Gonorrhöe-Untersuchung bei den Prostituierten. Die symptomatische Untersuchung ist unter allen Umständen ungenügend. Sie muß nach der Intensität der vorhandenen Erscheinungen vorgehen; wenn sie sich dabei den schwersten akuten Fällen gegenüber nicht irrt, so erklärt sie doch auch solche Personen mit relativ starken Erscheinungen für gonorrhoisch, bei denen eine fortgesetzte und vertrauenswürdige Untersuchung keine Gonokokken mehr nachzuweisen vermag.

Man kann einwenden, daß in solchen Fällen das negative Resultat der Gonokokkenuntersuchung keinen vollwertigen Beweis der erloschenen Ansteckungsfähigkeit darstellt. Aber die praktische Erfahrung lehrt auch, daß entsprechende Befunde sich beispielsweise bei verheirateten Frauen finden können, ohne daß von solchen Kranken eine Infektion des Ehegatten erfolgt. Auf der anderen Seite hält die rein symptomatische Untersuchung eine große Anzahl von Fällen für unverdächtig, deren Infektiosität sich durch die Gonokokkenuntersuchung erweisen läßt. Gerade hier zeigt sich einwandfrei die Ueberlegenheit der mikroskopischen Untersuchung: ich brauche nur auf die früher angeführten Zahlen zu verweisen.

Unter allen Umständen behält der Versuch, nach klinisch-symptomatischen Gesichtspunkten die Ansteckungsfähigkeit einer nicht mehr ganz frischen Gonorrhöe zu erweisen, etwas durchaus Willkürliches und das muß praktisch um so mehr ins Gewicht fallen, als eben die Ueberzahl der Prostituierten irgend welche verdächtige Symptome zeigt.

Interessant ist folgende Zahlenangabe KOLLMS:

Bei einer nach rein klinischen Gesichtspunkten vorgenommenen Gonorrhöekontrolle wurden 1895/96 in 4 nebeneinander gelegenen Zimmern der Sittenpolizei untersucht:

im 1.	Zimmer	1070	Personen,	davon	tripperkrank	befunden	160 =	14,9	Proz.
„ 2.	„	1201	„	„	„	„	481 =	40,0	„
„ 3.	„	1350	„	„	„	„	249 =	18,4	„
„ 4.	„	1580	„	„	„	„	559 =	33,5	„

„Der in die Augen fallende Unterschied der Zahl bei den einzelnen Stuben erklärt sich dadurch, daß in 2 Stuben neu angestellte Aerzte waren, die jedes Mädchen mit etwas stärkerem Fluor sofort krank schrieben“ (KOLLM). Da nun aber auch in den Krankenanstalten die Untersuchung auf Gonokokken gar nicht oder wenigstens nicht regelmäßig vorgenommen wurde, ist gar nicht festzustellen, wie viele der krank erklärten Mädchen tatsächlich an Gonorrhöe litten.

Demgegenüber schaltet die Kontrolle mit Hilfe der Untersuchung auf Gonokokken nur sicher ansteckungsfähige Elemente aus. Die praktische Ueberlegenheit dieser Methode, bei welcher das willkürliche Urteil des Untersuchers wegfällt, ergibt sich aus der größeren Zahl der Krankheitsfälle, die sie aufdeckt. Aber auch die Gonokokkenuntersuchung übersieht einen Teil der kranken und ansteckungsfähigen Elemente. Es wird sich darum handeln, ob dieser Bruchteil innerhalb der Grenzen, in denen sich die Gonokokkenuntersuchung in der Kontrollpraxis durchführen läßt, so weit eingeengt werden kann, daß die sanitäre Wirksamkeit einer derartigen Kontrolle in einem gesunden Verhältnis zu der Mühe und dem Aufwand bleibt, den sie erfordert. Dabei haben wir speziell noch die Resultate der Gonorrhöebehandlung und die Gesichtspunkte nach denen diese beurteilt werden müssen, genauer zu würdigen.

Keinesfalls könnte, so wie es BEHREND u. a. wollen, die Gonorrhöekontrolle sich ausschließlich an die Beurteilung der klinischen Symptome halten. Aber auch eine Kombination der alten symptomatischen Untersuchung mit der mikroskopischen in der Weise, daß nur die „verdächtigen“ Fälle auf Gonokokken zu untersuchen wären, ist ungenügend; denn für die mikroskopische Untersuchung erscheint eben jeder Fall verdächtig und gerade die Fälle ohne er-

kennbare Symptome sind es, in denen die mikroskopische Methode ihre vollste Ueberlegenheit erweisen konnte.

Wie für die Syphilis, so ist auch für die Gonorrhöe der Prostituierten der Versuch einer Abschätzung der Gesamtgefährlichkeit zu machen. Die mangelhafte Durchführung der Gonokokkenuntersuchung hat verschuldet, daß hier zur Zeit über mancherlei wichtige Punkte noch Mißverständnisse und Meinungsverschiedenheiten bestehen. Sollte sich die Anschauung als richtig erweisen, daß jede Prostituierte sehr frühzeitig an Tripper erkrankt, daß die Prostituiertengonorrhöe in der Regel eine unheilbare Affektion darstellt, daß die Erfolge der Behandlung demnach nur scheinbare wären, daß aber selbst im Falle der Heilung der Prostituierten sofort wieder die Neuinfektion droht, so müßte man sich allerdings dahin resignieren, daß fast jede Prostituierte in jedem gegebenen Momente als ansteckungsfähig zu betrachten wäre, wenn auch die Höhe der Infektionsgefahr gewissen Schwankungen unterliegen könnte, und daß somit im großen und ganzen die Gonorrhöekontrolle wertlos bliebe. Wir betonen von vornherein, daß wir eine derartig pessimistische Auffassung nicht teilen können. Das vorhandene Zahlenmaterial ist allerdings auch hier nur mit großer Reserve zu verwerten.

Was die Häufigkeit des Trippers unter den Prostituierten betrifft, so scheint eine genaue zahlenmäßige Festsetzung gar nicht notwendig. Es mag sogar zugegeben werden, daß fast jede Prostituierte fatalerweise an Tripper erkrankt. Wenn bei der Syphilis gewisse Einschränkungen gegen eine derartige Verallgemeinerung zu machen waren, so fallen diese bei der Gonorrhöe fast ausnahmslos weg. Eine Immunität gegen Gonorrhöe ohne überstandene gonorrhoische Erkrankung, die irgend welchen Gesetzmäßigkeiten folgte, existiert nicht; wir haben im Gegenteil mit einer maximalen Empfänglichkeit gesunder Personen für die Krankheit zu rechnen, und wenn behauptet ist, daß mit dem Alter die Disposition der weiblichen Genitalschleimhäute für das Festhaften der Tripperinfektion abnehme, so kann es sich höchstens um Altersklassen handeln, die für die Prostitutionsfrage praktisch nicht in Betracht kommen. Bei der außerordentlich großen Verbreitung des ansteckungsfähigen Trippers unter den Klienten der Prostitution sind also die Infektionschancen für die Dirne maximale. Tatsächlich ist ein großer Bruchteil der Dirnen bereits vor der Inskription gonorrhoisch infiziert; für die übrigen gilt die traurige Regel, daß gesund unter Kontrolle gestellte Dirnen der jungen Altersklassen schon bald Erscheinungen des Trippers, manchmal in seinen akutesten und schwersten Formen darbieten. Nicht ohne Interesse scheint beispielsweise die folgende Zusammenstellung von SCHULZ. Er fand:

Unter	170	Prostit.	seit weniger als	1/2	Jahr	Prostit.	nicht	gonorrhoisch	56 = 27,9	Proz.
„	65	„	„	1/2—1	„	„	„	„	28 = 43	„
„	80	„	„	1—2	„	„	„	„	43 = 53,7	„
„	77	„	„	2—3	„	„	„	„	46 = 59,7	„
„	59	„	„	3—4	„	„	„	„	38 = 64,4	„
„	48	„	„ mehr als	4	„	„	„	„	36 = 75	„
„	19	„	„ „ „	8	„	„	„	„	16 = 84	„

Dieser Tabelle soll zunächst nur die Feststellung entnommen werden, daß die Gefahr der gonorrhoischen Infektion für die frisch in die Prostitution eintretenden Elemente tatsächlich außerordentlich groß sein muß.

Auch bei den älteren „nicht-gonorrhoischen" Jahrgängen der Prostituierten wird man sich ohne große Schwierigkeit davon überzeugen können, daß sie mit geringfügigen Ausnahmen eine Gonorrhöe durchgemacht haben müssen. Wo etwa die frühere Beobachtung das noch nicht genügend klargestellt hat, liefert die Untersuchung auf „residuale Gonorrhöe" namentlich dann, wenn sie auch die Lokalisationen der inneren Genitalien mit in Betracht zieht, reichliche Bestätigung und auch die Anamnese gibt häufig genug Auskunft, zumal wenn man die Dirnen nicht auf Tripper schlankweg, sondern auf überstandene Gebärmutter- und Unterleibsentzündungen u. dergl. inquiriert.

Entsprechend dem verschiedenartigen Verlaufe der einzelnen Gonorrhöefälle wie auch der verschiedenen Sorgfalt, die im einzelnen für die Diagnosenstellung aufgewendet wird, ist von vornherein nicht zu erwarten, daß die Statistiken über die relative Häufigkeit der einzelnen Lokalisationen der Gonorrhöe bei den Prostituierten etwa gleichmäßige Auskunft lieferten. Die Zusammenstellungen erscheinen aus dem letzteren Grunde nicht ohne weiteres vergleichbar. Für einen gewissen allgemeinen Ueberblick können die Zahlen genügen, die sich aus den sehr umfassenden Zusammenstellungen BAERMANNS ergeben. Nach diesen waren infiziert:

die Vagina unter 1214 Fällen weiblicher gonorrhoischer Erkrankungen (wesentlich bei Prostituierten)			59mal =	4,9 Proz.
die BARTHOLINIschen Drüsen	unter 7374 Fällen	„	773mal =	10,5 „
das Rectum	„ 2198 „	„	183mal =	8,3 „
die Urethra	„ 3700 „	„	2578mal =	69,5 „
die Cervix	„ 2940 „	„	1336mal =	45,4 „

Bei diesen Gesamtergebnissen ist allerdings zu berücksichtigen, daß die Einzelstatistiken sehr weit auseinandergehende Resultate liefern. Das ist schon durch die Verschiedenheit der untersuchten Fälle bedingt. Man vergleiche nur folgende Zahlen:

HOFACKER fand unter 666 mikroskopischen Präparaten
aus der Urethra positiven Befund in 214 = 32,1 Proz.
HAMMER unter 1836 Präparaten positiv 48 = 2,6 „
LASER von 358 „ „ 112 = 31,7 „

Vom Cervikalsekret enthielten Gonokokken:

bei HOFACKER unter 388 Präparaten 30 = 7,7 Proz.
„ HAMMER „ 931 „ 20 = 2 „
„ LASER „ 67 „ 21 = 21,3 „

Eine Feststellung der Häufigkeit der einzelnen gonorrhoischen Lokalisationen, soweit sie bei der Prostituiertenkontrolle in Betracht kommen, setzt eine genaue Untersuchung aller zu berücksichtigenden Oertlichkeiten voraus. Diese erfolgt aber durchaus nicht in genügender Weise. Dem kontrollierenden Arzte kommt es nur darauf an, so schnell wie möglich seine Diagnose zu stellen, er wird deshalb die Gonokokken vorwiegend (oder ausschließlich) da suchen, wo er sie am leichtesten zu finden hofft; im positiven Falle ist seine Aufgabe erledigt; dem Krankenhaus muß es vorbehalten bleiben, genauer den einzelnen Lokalisationen nachzuforschen. Aber auch hier pflegen die Untersuchungen auf den Prostituiertenabteilungen nicht ausreichend zu sein, indem sie der aszendierten Gonorrhöe keine umfassende Beachtung schenken, teils weil man glaubt, daß die Lokalisationen der Krankheit in den inneren Genitalien für die Ansteckungsfähigkeit nicht weiter in Betracht kommen, teils weil die Therapie sie nicht oder nur nebenbei berücksichtigt.

Alle diese Punkte müssen für tabellarische Zusammenstellungen in Betracht gezogen werden. So ist auch bei der von JADASSOHN gelieferten Tabelle über die Lokalisation der Gonorrhöe der Frauen zu berücksichtigen, daß es sich vorwiegend um Zahlenreihen handelt, die an Prostituierten und mit direkter Beziehung zu der Frage der Prostituiertenüberwachung gewonnen waren. Ueber die Häufigkeit der uterinen und aszendierten Gonorrhöe bei gleichzeitig bestehendem Tripper in den ersten Wegen geben sie deshalb eine unvollkommene Auskunft. Immerhin ist dieser Frage von Jahr zu Jahr erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt worden und es darf als wichtiges Ergebnis betrachtet werden, daß die Zahl der Gonorrhöefälle bei Prostituierten, bei denen das Uterusinnere und die Adnexe frei geblieben sind, an Zahl ganz merklich ins Gewicht fallen. Diese Erfahrung, die für die Aussichten der Behandlung von weitester Bedeutung werden können, stehen in direktem Gegensatz zu den Zahlenreihen der Gynäkologen. Aber diesen gehen fast ausschließlich die Fälle zu, in denen eine Kranke wegen Beschwerden an den inneren Genitalien Hilfe sucht, während die Prostituiertenkontrolle gerade in der Lage ist, Erkankungen in den Anfangsstadien aufzudecken.

Lokalisation der Gonorrhöe der Frauen (nach JADASSOHN).

Autor	Zahl der Fälle	Nur Urethra ohne Cervix	Nur Cervix ohne Urethra	Corpus uteri	Urethra und Cervix	Urethra überhaupt	Cervix überhaupt	Barthol. im ganzen	Barthol. ohne Ur. u. Cerv.	Rectum im ganzen	Rectum ohne Ur. u. Cerv.	Adnexe	Vagina Vulva
BAER	163 1)					135	108			163			26 10)
BERGH	633				70	586	117	190 6)		9 7)			
BÜTTNER	14	5	1		8	13	9						
BUMM	100	6	57		37	43	94						
"	94 2)			51								43	2
CARRY	94 3)					69	82	4					4
FABRY	38	20	2		16	36	18						1
HARTTUNG	143	76	18		43	119	61	20	3	10	4		
"	85					78	52			19		26	
HUBER	78 4)	21	15		26	17	7	4	1	78	14		
KLEIN	22	15	5		2	48	42						
LAPPE	694	350	63		272	622	335	53	9	4 8)			
LUSZNY	47					40	19	17					
NEISSER	126	49	43		34	83	77						9
SCHULTZ	104	22	27	7 v. 26	55	77	82	12		14		37 9)	
"	200 5)			67								48	
"	270	95	67		108	203	175						
STEINSCHNEIDER	37			4 v. 8		34	18	1					1
WELANDER	46					41	20						

1) Rektalgonorrhöen. 2) Sehr chronische Cervikalgonorrhöen. 3) Prostituierte mit suspektem Sekret. 4) Rektalgonorrhöen. 5) Cervikalgonorrhöen. 6) Zum Teil ohne Gonokokken, oder Gonokokken zweifelhaft. 7) Nur bei einem Teil der Fälle überhaupt untersucht. 8) Klinisch manifeste Fälle. 9) 10mal ohne Gonokokken. 10) Nur zum Teil mit Gonokokken.

Einen regelmäßigen Ueberblick über die verschiedenen Lokalisationen der Gonorrhöe bei Prostituierten, geben die Jahresberichte aus dem Kopenhagener Vestre-Spital (BERGH). So fanden sich beispielsweise 1897 bei 1783 öffentlichen und geheimen Prostituierten, die dem Spital überwiesen wurden (1248 + 435):

Gonorrhoische Urethritis	in 699	Fällen	(389 + 310)
Cervikalkatarrh	„ 226	„	(138 + 88)
Vulvo-Vaginitis	„ 111	„	(60 + 51)
Vulvitis	„ 16	„	(2 + 14)
Vaginitis	„ 10	„	(1 + 9)
Ano-rektale Blennorrhöe	„ 9	„	(5 + 4)
Paraurethritis	„ 112	„	(56 + 56)

Bei einer Untersuchung der für die Prostituiertenkontrolle wesentlichen Lokalisationen zeigt sich allgemein ein deutliches Ueberwiegen der Urethralgonorrhöe über die cervikale. So stellt JADASSOHN zusammen:

2144 Fälle, von denen eine Erkrankung der Urethra allein sich fand in 1799 Fällen
der Cervix allein „ 973 „
beiden Lokalisationen „ 645 „
und 1585 Fälle, wovon reine Urethralerkrankung 658mal
reine Cervikalerkrankung 298mal.

Die gonorrhoische Bartholinitis ist keine seltene Erkrankung, sie findet sich unter 1700 Fällen 222mal; aber isoliert ist sie nur 12mal von 837 Fällen beobachtet.

Vulvargonorrhöe ist selten aufgeführt, sie kommt auch kaum isoliert vor; die Gonorrhöe der Vagina stellt eine sehr seltene Erkrankung dar.

So überwiegt die Urethralgonorrhöe als isolierte Erkrankung wie in der Kombination mit anderen Lokalisationen des Trippers ganz gewaltig, und für die Prostituiertenuntersuchung ergibt sich daraus wenigstens der Fingerzeig, daß sie am leichtesten mit dem Mikroskopieren des Urethralsekretes beginnen kann.

Aber jenes Dominieren der urethralen Erkrankungen bei den Prostituierten, wie es die Tabellen ergeben, ist doch nicht ohne Einschränkung anzunehmen. Da es technisch viel leichter ist, die Harnröhrengonorrhöe als die cervikale nachzuweisen, verschiebt sich das Verhältnis zu Gunsten der positiven urethralen Befunde. So betont auch JADASSOHN, daß an manchen Orten (z. B. in Breslau) vor allem die Harnröhrengonorrhöen in die Spitäler gewiesen würden.

Auch die HAMMERschen Untersuchungen haben wesentlich nur die Urethralbefunde berücksichtigt (bei Inskribierten mikroskopische Untersuchung des Cervikalsekretes nur alle 4 Wochen, bei polizeilich festgenommenen Dirnen ausschließliche Untersuchung der Urethralsekretes!).

Die badische Dienstanweisung für die Untersuchungsärzte verlangt zur Zeit die regelmäßige wöchentliche Untersuchung der Urethra, während das Cervixsekret eventuell alle 4 Wochen untersucht werden soll; es ist klar, daß unter diesen Voraussetzungen in die Spitäler nur Dirnen eingewiesen werden, bei denen sich die Harnröhre entweder allein oder in Kombination mit anderen Organen erkrankt findet. Es ist demgegenüber gewiß von Bedeutung, daß JADASSOHNS Tabelle 18,8 Proz. reiner Cervikalgonorrhöe ohne Mitbeteiligung der Urethra ergibt.

In einer aufeinanderfolgenden Reihe von 30 der Klinik zugewiesener Dirnen, bei denen die Diagnose auf Grund des positiven Gonokokkenbefundes in der Harnröhre gestellt worden war, konnte ich 26mal auch im Cervikalsekret Gonokokken nachweisen. Dabei ist allerdings zu bedenken, daß der einmaligen Harnröhrenuntersuchung eine unter Umständen vielmalige Untersuchung der Cervix gegenübersteht.

In je größerem Umfange die Prostituiertenkontrolle die Mikroskopie des Cervikalsekrets berücksichtigt, um so mehr muß sie sich von der Häufigkeit der cervikalen und uterinen Gonorrhöe überzeugen und wenigstens eine gewisse Annäherung an die Zahlen der Gynäkologen finden, bei denen nun allerdings die urethralen Gonorrhöen ganz unverhältnismäßig stark zurücktreten.

Bumm berichtet über 100 aus der Privatpraxis stammende Fälle weiblicher Gonorrhöe, bei denen die Infektion wenigstens 5 Monate weit zurücklag und bei denen mindestens zweimal Sekretproben aus den verschiedenen Abschnitten des Urogenitaltraktus entnommen waren. Es fand sich

6mal Gonorrhöe der Urethra allein,
37mal „ „ „ und der Cervix,
57mal „ „ Cervix allein.

Aus solchen Zahlen bekäme man falsche Vorstellungen, wenn man eben nicht in Betracht zöge, daß es vorwiegend schwerere Fälle sind, die die Gynäkologen aufsuchen.

Eine andere Statistik Bumms, die 74 Fälle umfaßt, welche vom Beginne der Erkrankung ab bis zur Heilung oder mindestens 5 Monate lang unter Beobachtung standen, ergibt:

Urethralerkrankung in 69 Fällen = 93 Proz.
Cervikalerkrankung in 53 „ = 70 „

Wenn alles in allem die Häufigkeit der cervikalen Gonorrhöe bei den Prostituiertenuntersuchungen nicht genügend gewürdigt wird, so gilt das erst recht für die Gonorrhöe des Uterusinneren und der Adnexe. Das allernächste Interesse des Untersuchungsarztes ist allerdings mit den Feststellungen erschöpft, die er aus der mikroskopischen Betrachtung des Cervikalsekretes gewinnt. Enthält das Cervikalsekret keine Gonokokken, so scheint es für die Frage der Ansteckungsfähigkeit wenigstens im gegebenen Momente nicht von Belang, ob noch eine höher sitzende Gonorrhöe besteht. Die regelmäßige Durchführung einer korrekten gynäkologischen Untersuchung wäre zeitraubend und oft schwierig, die Entscheidung, ob die Krankheit den inneren Muttermund überschritten habe und das Uterusinnere beteilige, ist häufig genug nicht zu geben. Vollkommen zuverlässige Zahlen sind schon aus dem letzten Grunde nicht zu erhalten. Als sicher falsch darf aber doch die Anschauung zurückgewiesen werden, daß es in der Regel bei der Cervikalgonorrhöe zur Mitbeteiligung des Uterus wie der höheren Abschnitte des Genitaltraktus käme.

Von den 328 Fällen von Cervikalgonorrhöe, die aus der oben mitgeteilten Tabelle heranzuziehen wären, zeigen 98 = 29,5 Proz. eine Beteiligung der Corpus-Schleimhaut. Schultz glaubte in etwa 38 Proz. seiner Fälle von Cervikalgonorrhöe auch eine Erkrankung des Uterus feststellen zu können. Doch sind gegen die Zuverlässigkeit der Methodik, nach welcher das Untersuchungsmaterial gewonnen wurde, Einwände erhoben worden. Nach Bumm und Schultz fanden sich bei 294 Cervikalgonorrhöen 131 Adnexerkrankungen. Hartung konstatierte bei 85 mehrfach ins Krankenhaus aufgenommenen Prostituierten 26mal Adnexbeteiligung.

Die Feststellung der Häufigkeit der aszendierenden Gonorrhöe bei den Prostituierten gäbe uns erst ein genaueres Urteil über die Heilungsaussichten der Krankheit in klinischem Sinne. Notgedrungen

müßten die einzelnen Altersklassen getrennt rubriziert werden; das häufigere Ausbleiben der inneren Gonorrhöe bei den Personen, die mit der Erkrankung der ersten Wege in Behandlung traten, wäre ein wesentliches Beweismittel für die Wirksamkeit der Behandlung!

Eine besondere Besprechung erfordert unter den Lokalisationen der Gonorrhöe die Erkrankung der Mastdarmschleimhaut. Daß sie bei Prostituierten gelegentlich vorkommt, infolge direkter Infektion bei widernatürlichem Koitus oder infolge Durchbruchs von einem Nachbarorgan aus oder endlich durch Fistelbildungen, war seit langem bekannt. Solche Fälle sind aber verhältnismäßig selten, und sie pflegen deutliche Symptome zu machen. Es mußte daher Aufsehen erregen, als eine Arbeit von BAER aus dem Frankfurter städtischen Krankenhause im Jahre 1896 auf eine unerwartete Häufigkeit der Mastdarmgonorrhöe bei Prostituierten hinwies. Ungefähr gleichzeitig war JULLIEN zu ähnlichen Resultaten gelangt. BAERS Arbeit ergab, daß von 191 wegen Gonorrhöe aufgenommenen Patientinnen (Prostituierten und Dienstmädchen) 67 = 35,1 Proz. mit Mastdarmtripper behaftet waren, und eine spätere Mitteilung besagt: Unter 429 gonorrhoischen Weibern hatten 163 = 38,2 Proz. Rektalgonorrhöe, davon handelte es sich bei 22 = 13,5 Proz. um eine ausschließliche Lokalisation im Rectum. Die Diagnose wurde stets auf Grund der bakteriologischen Untersuchung gestellt. Ueber 78 Fälle berichtete weiterhin HUBER (s. Tabelle auf S. 119).

Diese überraschende Häufigkeit ist nur dadurch zu erklären, daß es sich um eine Erkrankung handelt, die in den meisten Fällen symptomlos oder wenigstens ohne markante klinische Erscheinungen verläuft und die deshalb gesucht werden muß. Die Untersuchung verlangt Einführung eines geeigneten Mastdarmspekulums und Entnahme des meist ziemlich festhaftenden, eitrigen oder schleimig-eitrigen Sekretes mit einem geeigneten Instrumente (Löffel, dicke Platinschlinge). Vereinzelt nur sind die Fälle, in denen auch subjektive Beschwerden, eine zu Tage tretende Absonderung, Veränderungen am Anus (Fissuren, Geschwüre, Erosionen, spitze Kondylome) mehr oder minder auf die Erkrankung hinweisen. Selten wird es gelingen, austretendes Sekret zur Untersuchung zu gewinnen oder durch Einführung eines Löffelchens ohne Leitung des Spekulums geeignetes Material zu Tage zu fördern.

Es muß einleuchten, daß die Einführung einer regelmäßigen Untersuchung auf Rektalgonorrhöe in die Prostituiertenkontrolle für diese eine gewaltige Belastung bedeutete. NEISSER hat die Forderung erhoben, und sie scheint zunächst schon mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Affektion gerechtfertigt. Sein Schüler BAERMANN verlangt, daß monatlich ein bis zweimal eine Spekulumuntersuchung des Rectums und die Anfertigung mikroskopischer Präparate stattfinde.

Wie steht es aber mit der Bedeutung der Rektalgonorrhöe für die Frage der Uebertragbarkeit?

Zur Erklärung für das Zustandekommen der Rektalgonorrhöe denkt man vor allem wohl an eine direkte Infektion durch perversen Koitus — und er mag in einigen Großstädten häufig genug in Frage kommen — ferner an eine mittelbare Uebertragung durch Instrumente (Fieberthermometer, Irrigatoransätze, die gleichzeitig zu Klysmen benutzt werden). Man wird aber auch die Möglichkeit eines Ueberfließens von gonorrhoischem Sekrete aus der Vulva ernstlich zu be-

rücksichtigen haben. Auch Fälle, in denen sich ausschließlich im Rectum Gonokokken finden, sprechen nicht gegen eine solche Entstehung; der Rektaltripper ist häufig genug eine sehr hartnäckige Affektion, und so können sich zu einem gegebenen Zeitpunkte im Rectum noch Gonokokken finden, wenn sie aus den Genitalsekreten bereits verschwunden sind. Die äußerliche Uebertragung von den Genitalien aus wird durch verschiedene Momente begünstigt: Menge und Gonokokkengehalt des Genitalsekretes, Sitz der Gonorrhöe, Schlaffheit und Klaffen des Vulvarringes, alte Dammrisse, schlaffer Zustand des Sphincter ani, endlich durch mangelnde Sauberkeit der betreffenden Person. Für die Prostituiertenüberwachung muß nun die Frage maßgebend sein, ob umgekehrt vom Rectum aus ein Zurückfließen infektiösen Sekretes in die Genitalien möglich sei. (Einen Schutz vor der direkten rektalen Infektion dagegen hat sie den Klienten der Prostituierten nicht zu bieten.) Jene Gefahr darf für die meisten Fälle des Mastdarmtrippers mit spärlichem und zäh haftendem Sekret als sehr geringfügig betrachtet werden, wenn auch nicht zu leugnen ist, daß gelegentlich bei unsauberen Personen eine Rückübertragung von Schleim und Eiter, der etwa mit den Faeces zu Tage trat, in die Genitalien erfolgen könnte. Man wird meines Erachtens von einer generellen Berücksichtigung der Rektalgonorrhöe bei der Prostituiertenkontrolle absehen dürfen, ohne damit einen großen Fehler zu begehen. Nur wo manifeste Symptome auf die Erkrankung des Mastdarms verweisen, und speziell, wo etwa eine reichlichere Sekretion sich kundgibt, hat die Kontrolle einzuschreiten. Diese Fälle sind aber nach dem oben Gesagten selten, und so bedeutet die Berücksichtigung der Mastdarmgonorrhöe in den hier aufgestellten Grenzen keine ernstliche Belastung für die Kontrolle. Damit entscheidet sich auch die Frage der Behandlung des Leidens. Es entspricht der Exaktheit der klinischen Diagnostik und Therapie, im Krankenhaus auf die Rektalgonorrhöe zu achten. Die Behandlung ergibt aber gerade bei den torpiden Fällen keineswegs erfreuliche Resultate.

Darum wäre es nicht gerechtfertigt, Prostituierte, die sonst keine ansteckungsfähigen Symptome des Trippers zeigen, wegen des Rektaltrippers im Krankenhause zu behalten. Das Interesse beschränkt sich nach wie vor auf die Fälle, die auch sonst wegen stürmischer Erscheinungen und Komplikationen in Behandlung kämen.

Für die Untersuchung der Prostituierten kommt also wesentlich die Urethral- und Cervikalgonorrhöe in Frage.

Die Erkrankung der Bartholinischen Drüsen, so häufig sie ist (nach Bergh die zweithäufigste Lokalisation der Gonorrhöe), kommt seltener als isolierte Affektion in Betracht. Ich stimme übrigens Wolff darin vollkommen bei, daß bei der Bartholinitis gonorrhica Totalexstirpation des erkrankten Organs und seines Ausführganges am Platze ist. Die Einfachheit des Verfahrens, die Schnelligkeit der Heilung und die Sicherheit, daß späteren langwierigeren Neuerkrankungen vorgebeugt ist, rechtfertigen zur Genüge den unbedenklichen Eingriff.

Die Häufigkeit des Rektaltrippers kann vorläufig als eine Besonderheit der Prostituiertengonorrhöe behandelt werden. Größere vergleichbare Zahlenreihen, die nicht-prostituierte Frauen betreffen, liegen allerdings nicht vor, aber es darf wohl angenommen werden, daß bei diesen alle die genannten Voraussetzungen für eine Infektion

des Mastdarms gänzlich oder teilweise wegfallen. Bietet nun der Verlauf des Trippers in seinen anderen Lokalisationen bei den Prostituierten insoweit Besonderheiten dar, daß man von einer speziellen Prostituiertengonorrhöe reden dürfte?

Ohne weiteres darf anerkannt werden, daß die ganze Lebensweise der Prostituierten und speziell die lokalen Reize, denen sie sich gerade durch ihr Gewerbe aussetzen, ungünstig für den Verlauf des Trippers in die Wagschale fallen müssen. Dazu droht der Dirne, solange sie ihrem Gewerbe nachgeht, bei noch bestehender Krankheit die Gefahr, neue Infektionskeime aufzunehmen; ist sie aber geheilt, so ist sie gegen eine frische Erkrankung nicht geschützt. Die Voraussetzungen für eine „Superinfektion" und „Reinfektion" können aber als Besonderheiten des irregulären Geschlechtsverkehrs angesprochen werden.

Wie wird durch diese Voraussetzungen der Verlauf der Gonorrhöe beeinflußt?

Wie die Zufuhr frischer fremder Gonokokken eine noch bestehende Gonorrhöe verändert, ist eine noch nicht zu Ende diskutierte Streitfrage. Die Erfahrung spricht dafür, daß in einem Teil der Fälle die Superinfektion zu stürmischeren Erscheinungen, selbst zu dem Bilde des schweren akuten Trippers führt, daß aber weit häufiger die vorhandenen klinischen Symptome nur unwesentlich oder gar nicht beeinflußt werden. Neuinfektionen nach abgeheilter Gonorrhöe zeigen entsprechende Verschiedenheiten der Heftigkeit, und wenn speziell die Cervikalgonorrhöe schon bei der ersten Infektion von vornherein unter geringfügigen Erscheinungen verlaufen kann, so gilt für spätere Erkrankungen auch in den anderen Lokalisationen die Möglichkeit, daß nur milde Symptome zu Tage treten, um so mehr als länger dauernde Genitalkatarrhe und zum Teil auch die Behandlung derselben zu Umwandlungen der Schleimhaut führen, die eine stärkere Reaktion verhindern. Endlich besteht die Möglichkeit, daß die Abhärtung der Schleimhaut gegen die bakterielle Schädigung so weit geht, daß zuletzt Gonokokken überhaupt nicht mehr haften, also eine Immunität eingetreten zu sein scheint.

Die Beobachtung ergibt jedenfalls, daß fast nur bei jugendlichen Prostituierten stürmische Trippererscheinungen auftreten, und daß mit dem höheren Alter in der Regel auch die Gonokokken immer spärlicher werden. Ob plötzliche interkurrente Verschlimmerungen der klinischen Symptome wie auch das Auftreten reichlicher Gonokokkenmengen auf Reizungen eines noch bestehenden Trippers oder auf Superinfektion oder endlich auf Neuinfektion bei einem postgonorrhoischen Zustande zu beziehen seien, ist praktisch am Einzelfalle meist nicht zu entscheiden, und die Kontrolle muß im Auge behalten, daß sie sich an kein starres Schema halten kann, sondern daß infizierte Dirnen, bei denen die Gonorrhöe längere Zeit bestanden hat, recht verschiedenartige Befunde darbieten können. Manche zeigen häufiger oder seltener noch Exacerbationen mit zahlreichen Gonokokken, bei anderen erhält sich für lange Dauer das Bild des chronischen Trippers mit spärlichen Gonokokken, andere endlich lassen für lange Zeit Gonokokken völlig vermissen. Daß dieser Zustand keine Gewähr für definitive Heilung gewährt, darüber belehren die positiven Gonokokkenbefunde, die sich zeitweise auch in solchen Fällen immer wieder einmal erheben lassen.

Neisser gibt die folgende Zusammenstellung:

Bei 272 Puellae publ. mit Gonorrhöe wurde die Verteilung festgestellt, wie folgt:

a) auf das Lebensalter:

	15—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	über 50 Jahre	Jahre zusammen
	41	105	67	32	14	6	7	—	272
Auf je 100 der in jeder Altersstufe befindlichen (925) P. p. kommen	45,0	38,0	25,0	25,0	15,7	14,3	38,8	—	
Je 100 P. p. mit Gonorrhöe verteilen sich	15,1	36,6	24,6	11,8	5,1	2,2	2,6	—	100 Proz.

b) auf das Kontrollalter:

Kontrolljahr	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	über 15 Jahre
P. p. mit Gonorrhöe (zusammen 272)	36	33	19	26	30	25	22	23	9	15	5	7	6	3	3	10
Auf je 100 P. p. (im ganzen 925) der betreffenden Altersklassen	44,4	35,1	26,7	37,1	45,4	37,1	23,4	23,2	18,5	31,9	13,1	21,2	25,0	23,0	21,4	17,5
Je 100 Gonorrh. verteilen sich	13,2	12,1	7,0	9,6	11,0	9,2	8,1	8,5	3,3	5,5	1,8	2,6	2,2	1,1	1,1	3,7

Danach zeigt sich keine solche Abnahme der Gonorrhöe mit dem höheren Kontrollalter der Prostituierten, daß eine wesentliche Abstufung der Kontrolle gerechtfertigt erschiene.

Beachtenswert bleibt das Resultat, das Lochte bei der Untersuchung von 44 Prostituierten gewann, die seit 15—20 Jahren dauernd unter Sittenkontrolle in Hamburg standen; 40 von ihnen wurden 2mal, 4 nur 1mal untersucht.

Im ganzen wurden 277 mikroskopische Präparate angefertigt, in 16 derselben, die von 9 Personen stammten, fanden sich Gonokokken; demnach waren 20,4 Proz. jener Personen gonorrhoisch. Diese Zahl stimmte aber fast mit dem Durchschnitt überein, der überhaupt bei der polizeiärztlichen Kontrolle ermittelt wurde und den Lochte auf 22,9 Proz. angibt.

Lochte hat außerdem im Hamburger Werk- und Armenhause 10 ältere Prostituierte untersucht, die in Hamburg 3—25 Jahre zuvor unter Sittenkontrolle gestanden hatten. Sie waren älter als 50 Jahre; einige von ihnen litten an eitrigen Katarrhen der Cervix und der Vagina. Bei einmaliger mikroskopischer Untersuchung blieb das Totalergebnis negativ. Diese Befunde sind aber nur mit großer Reserve für die Annahme einer allmählichen Spontanheilung der Prostituiertengonorrhöe zu verwerten. Unter 33 inhaftierten Puellen wurden 4 als sicher krank befunden, 2 waren verdächtig. Dabei hatte eine 34-jährige Puella, die seit 20 Monaten interniert war, Gonokokken im Cervikalsekret, ebenso eine 44-jährige, seit 9 Monaten internierte

Puella, und bei einer seit 6 Monaten internierten 50-jährigen fanden sich Gonokokken im Urethralsekret.

So klein LOCHTES Statistik ist und so wenig ihr deshalb bindende Schlüsse entnommen werden können, zeigt sie doch, daß eine „Selbstheilung“ der chronischen Gonorrhöe bei Prostituierten, wenn sie überhaupt erfolgen mag, sehr lange Zeit in Anspruch nehmen kann. Ueber die Dauer derartiger „Selbstheilungen“ wäre aus fortlaufenden Untersuchungen bei solchen Prostituierten, die für lange Fristen inhaftiert sind, ein Urteil zu gewinnen.

Aber den Beispielen, welche die schwere Heilbarkeit eines Teiles der Fälle von chronischer Prostituiertengonorrhöe illustrieren, stehen zur Genüge Erfahrungen gegenüber, wonach bei vielen Puellen, die längere Zeit an Gonorrhöe litten und behandelt wurden, weiterhin die fortlaufende Kontrolle deutlich Gonokokken vermissen ließ, und bei denen somit von einer Heilung der ansteckungsfähigen Erkrankung wohl gesprochen werden kann, falls die Untersuchung genügendes Vertrauen beanspruchen darf. Es wäre meines Erachtens angesichts solcher Erfahrungen ungerechtfertigt, etwa nur flüchtige und unzuverlässige Untersuchungen und Scheinheilungen anzunehmen und an der generellen Behauptung festzuhalten, daß der chronische Tripper der Prostituierten nicht ausheilen und dauernd geheilt werden könne. Daß unheilbare Tripperfälle existieren, ist damit natürlich nicht geleugnet, aber schon die in allen größeren Statistiken sich widerspiegelnde grobe Erfahrung, daß bei den Dirnen um so seltener Gonokokken zu finden sind, je länger sie ihrem Gewerbe nachgehen, läßt den Satz vertreten, daß, wie bei der Syphilis, so auch bei der Gonorrhöe eine allmähliche Abnahme der Gefährlichkeit der Prostituierten eintritt. Der Kontrolle muß es vorbehalten bleiben, festzustellen, wie weit etwa der Einzelfall eine Ausnahme macht; sie lehrt dafür aber auch, daß schon ein Teil der jüngeren Jahrgänge als ungefährlich oder *relativ* ungefährlich betrachtet werden darf. Setzt man die Ansteckungsfähigkeit bei der Gonorrhöe in ein gewisses Verhältnis zur Menge der Gonokokken und zur Häufigkeit, mit der bei fortlaufenden genauen Untersuchungen der Nachweis der Mikroorganismen gelingt, so muß man anerkennen, daß bei einem sehr großen Teil der gonorrhoischen Prostituierten die Infektiosität sich abschwächt oder verliert. Damit ist freilich noch nicht gesagt. daß diese Abschwächung etwa auf Kosten stattgefundener Behandlungen zu setzen sei und nicht vielleicht die einfache Folge eines spontanen Rückganges der Krankheit darstelle, der durch die Kontrolle an sich kaum wesentlich beeinflußt wird.

Keinesfalls stellen sich die Chancen der Ansteckungsfähigkeit der chronisch gewordenen Gonorrhöe der Prostituierten so schlimm dar, wie unter dem Eindruck prinzipieller und verallgemeinernder Anschauung fast allgemein geglaubt wird; bei der *akuten* Gonorrhöe der Prostituierten aber dürfen die Heilungschancen direkt als günstig bezeichnet werden. Das ist sicher ein Hauptvorteil der Kontrolle, daß sie die Erkrankung in ihren Anfangsstadien aufzudecken vermag. Daß ein Tripper, der noch die ersten Wege nicht überschritten, beim Weibe im allgemeinen verhältnismäßig leicht zu heilen ist, daß vor allem auch das Eindringen in den Uterus durchaus nicht zur Regel gehört, daß endlich auch die frische Uteringonorrhöe keine sehr trübe Prognose gibt, das hat eben die Beobachtung und Behandlung solcher frisch infizierter Prostituierter zur Evidenz erwiesen. Wie groß der

Prozentsatz der wirklich geheilten akuten Gonorrhöen bei den Prostituierten ist, kann höchstens annähernd festgestellt werden. Zeigt die Dirne nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause wieder Gonokokken, so bleibt die Wahl zwischen der Annahme einer frischen Infektion und derjenigen eines Rezidives der noch ungeheilten ersten Erkrankung. Beweisend für die erfolgte Heilung sind demnach nur solche Fälle, in denen auch die länger dauernde spätere Beobachtung keine Erkrankung mehr nachweisen kann. Naturgemäß wird aber durch eine solche Bestimmung die Zahl der Heilungen zu gering erscheinen. Ein Teil der Behandelten tritt alsbald aus der Beobachtung, andere haben sich tatsächlich früher oder später neu infiziert. Mit Berücksichtigung dieses Punktes müssen die folgenden Resultate als erstaunlich gut bezeichnet werden.

Lappe findet von 393 Gonorrhoischen, die im Breslauer Allerheiligen-Hospital behandelt wurden, 162 bei der 2. Aufnahme (nach durchschnittlich $5^1/_2$ Monaten) gonokokkenfrei. 16 andere jener Personen zeigten Gonorrhöe in anderer Lokalisation als bei der ersten Behandlung und dürften deshalb als wahrscheinlich den Neuinfizierten zugerechnet werden. Das ergibt ein Minimum von 45 Proz. Heilungen!

Nach einer weiteren Mitteilung von Harttung aus demselben Krankenhause waren von 72 früher behandelten Prostituierten 27 = 37,5 Proz., gonokokkenfrei geblieben.

Schultz gibt an:

bei 76 Fällen von Uterusgonorrhöe 53 Heilungen = 70 Proz.,
bei 81 Fällen reiner Cervikalgonorrhöen 93 Proz. Heilungen,
Von 33 wiederaufgenommenen Kranken waren 57,5 Proz. von Gonorrhöe frei geblieben.

Párádi, der angibt, von 244 Uterusgonorrhöen 232 geheilt zu haben, fand bei Wiederaufnahme, daß 55 Proz. geheilt geblieben waren.

Diese Zahlen beweisen nicht nur die Heilbarkeit der akuten Gonorrhöe der Prostituierten, sondern sie widerlegen zugleich den Einwurf, diese Heilung hätte praktisch schon deshalb keinen Wert, weil die Dirnen sich doch nach kürzester Frist wieder infizieren müßten.

Uebrigens haben auch Gynäkologen und unter ihnen vor allen Bumm darauf verwiesen, daß von seiten der Frauenärzte wohl allzusehr die schwereren Fälle der Gonorrhöe berücksichtigt worden seien, und daß man den leichteren zu wenig Beachtung geschenkt hätte. Auch Bumm stellt die Prognose für die frische Gonorrhöe des Weibes günstig, zumal allerdings dann, wenn es gelingt, die stetig wiederholte Reinfektion bei noch bestehender Erkrankung auszuschließen.

Wir erkennen also den Standpunkt an, daß eine Behandlung der Prostituiertengonorrhöe nicht erfolglos bleibt. Dieser Standpunkt ist um so mehr zu betonen, als von mancher Seite eine Kontrolle der Prostituiertengonorrhöe schon deshalb für aussichtslos erklärt wird, weil selbst bei genauester Diagnose die Therapie machtlos sei und bei den meisten Fällen im Krankenhaus keine Heilung, sondern nur ein Verdecken („Blanchieren") der Krankheit erreicht werde. Reichliches Zahlenmaterial ist zur Stütze dieser Anschauung beigebracht worden, und es ist ohne weiteres anzuerkennen, daß sie einem Teil der Fälle gegenüber recht behält, ja sogar leider auf die Behandlungserfolge mancher Orte in weitem Umfange angewendet werden kann. Aller-

dings darf man sich durch die günstigen Ergebnisse, die bei frischen Infektionen zu erzielen sind, nicht blenden lassen. Der überwiegende Teil der Prostituierten leidet eben an altem chronisch gewordenen Tripper, der sich einer Behandlung gegenüber mehr oder minder refraktär erweist. Das Hauptinteresse kommt dabei der cervikalen und uterinen Gonorrhöe zu. Bei der chronischen Harnröhrengonorrhöe des Weibes läßt sich in den meisten Fällen durch die Behandlung ein genügender Erfolg erzielen; der chronischen Bartholinitis läßt sich durch Exstirpation des Organes vorbeugen; zudem kommen diese Lokalisationen in chronischen Fällen für eine Uebertragung der Krankheit wenig in Betracht. Unter allen Umständen scheint uns die Gefahr, daß beim Geschlechtsakte das in der Harnröhre des Weibes festhaftende Sekret in die männliche Harnröhre übertragen werden könne, geringer als die Möglichkeit der Infektion durch das in der Vagina deponierte oder beim Koitus ausgestoßene Cervikalsekret. Nun ergibt sich ja bei chronischen Gonorrhöen, daß gerade im Cervikalsekret die Gonokokken für lange Zeit ohne jede Behandlung fehlen können, und daß sie, wenn sie einmal wieder zum Vorschein kamen, auch wieder verschwinden können, ohne daß irgend eine Behandlung erfolgte. Andererseits liefert eine Behandlung der cervikalen und uterinen Gonorrhöe, unter der die Gonokokken verschwanden, keine Garantie dagegen, daß nicht nach kürzerer oder längerer Zeit wieder Infektionskeime zum Vorschein kämen. Trotzdem täte die Kontrolle der Prostituierten übel daran, wenn sie jene chronischen Fälle der Gonorrhöe unbeachtet ließe. Nur möge man nicht allzusehr von einer Heilung solcher Fälle durch die jetzige Behandlung reden wollen. Das Ziel, das sich hier die Kontrolle setzen kann, ist die Aufdeckung derjenigen Fälle, bei denen der Gonokokkenbefund darauf verweist, daß sie in ein Stadium erhöhter Infektiosität zurückverfallen sind, und eine Therapie, welche die Gonokokken wieder zum Verschwinden bringt und wenigstens für eine gewisse Zeit das Freibleiben der Sekrete von Gonokokken sichern will. Was so erreicht werden kann, ist gewiß ein recht bescheidenes Resultat im Vergleich zur Forderung der Heilung der Prostituiertengonorrhöe und bedeutet keineswegs die Sicherheit, daß nicht ein Teil jener Kranken des öfteren und vielleicht schon nach kurzen Zwischenräumen der Behandlung wieder unterworfen werden müßte.

Ueber die Höhe des Erfolges mag man streiten; es hieße aber in ein unberechtigtes Extrem verfallen, wollte man ihn wegleugnen. Ist keine Heilung jener Fälle erzielt, so gelingt doch die Ueberleitung der Gonorrhöe in ein Stadium geringer oder fehlender Infektiosität mit einer Sicherheit und Schnelligkeit, die nicht einträte, wenn man jene Fälle sich selbst überließe, und so kann die Behandlung der chronischen Prostituiertengonorrhöe die Infektionsmöglichkeiten einschränken. Dabei hängen die therapeutischen Erfolge bei der Prostituiertengonorrhöe recht wesentlich von der Behandlungsmethode ab. Nun fehlt aber bei der Gonorrhöe jene einheitliche Richtschnur, welche die Behandlung der Prostituiertensyphilis beherrscht. Während allerdings für die Therapie der Harnröhrengonorrhöe wohl allgemein die antibakterielle Methode acceptiert worden ist, halten die meisten bei der Behandlung der Cervikalgonorrhöe noch an einer mehr exspektativen Methode fest oder scheuen sich, die uterine Gonorrhöe überhaupt aktiv anzugreifen. Sie verweisen darauf, daß die Behandlung des Uterusinneren statt zu einer Besserung zur Verschlimmerung und

weiteren Ausbreitung des Krankheitsprozesses führen könne, und daß die antibakteriellen Mittel doch nicht die genügende Tiefenwirkung besäßen, die in der Tiefe der Schleimhaut sitzenden Krankheitserreger zu vernichten, während ein genügendes Zuwarten bei allgemeiner diätetischer Behandlung und ruhigem Verhalten der Kranken wenigstens in einem Teil der Fälle die Ausheilung herbeiführe.

Es muß aber mehr als fraglich bleiben, ob dieses Ziel in der Zeit zu erreichen wäre, die für den durchschnittlichen Aufenthalt der gonorrhoischen Prostituierten in den Spitälern zu Gebote steht.

Einige hierher gehörende Daten gibt die folgende Zusammenstellung.

Durchschnittliche Behandlungsdauer der Gonorrhöe

NEISSER 1888/89 32,9 Tage
1890/91 39,7 „
1891/92 41,6 „
JADASSOHN 5,3 Wochen[1])
HAMMER 21,6 Tage
BERGH (1897) Urethralgonorrhöe 37,2—46,7 Tage
Cervikalgonorrhöe 35,7— 70 „
BARTHÉLÉMY (1893) 69 Tage
FEDOROW 32 „
WITLACIL 1893/96 21—19,2—18—17,8 Tage
BAERMANN 29,5 Tage
JESIONEK 1894 48,7 Tage
1895 35,2 „
1896 26,1 „
1897 21,8 „

Es ist unmöglich, ein ungefähres Durchschnittsmaß für die notwendige Dauer der Krankenhausbehandlung bei der Gonorrhöe zu geben, weil es sich nicht wie bei der Syphilis um die Durchführung einer typischen Kur von mittlerer Dauer handelt, und weil die Voraussetzungen, unter denen die einzelne Tripperkranke der Behandlung zugeführt wird, außerordentlich wechseln. Je nach dem Alter der Erkrankung und der Lokalisation liegen die Heilungschancen sehr verschieden. Unter allen Umständen können die meisten der angeführten Zahlen für eine ausreichende Behandlung nicht genügen.

Jene Fristen müssen um so kürzer erscheinen, als in sie eine gewisse Beobachtungszeit eingerechnet werden muß, die zeigen soll, ob nach Aussetzen der Behandlung tatsächlich keine Gonokokken mehr zum Vorschein kommen. Diese Beobachtungsfrist (s. u.) ist auf wenigstens eine Woche zu veranschlagen. Die Durchführung ruft manchmal recht erheblichen Widerstand seitens der Kranken hervor, die nicht unbehandelt so lange mehr im Krankenhaus verbleiben wollen und denen der positive Untersuchungsbefund doch nur eine wesentliche Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes bringt. Aber es wäre zu bedenklich, die Dirnen vor der möglichst exakten Feststellung der Heilung wieder zu entlassen und der Kontrolle zu übergeben, zumal auch die nachträgliche sofortige Wiedereinweisung ins Krankenhaus von ihnen schmerzlicher empfunden würde als die notwendige Verlängerung der einmal erfolgten Hospitalisierung.

Von den Autoren wird zum Teil direkt angegeben, daß sie aus äußeren Gründen, speziell durch Platzmangel auf den Prostituierten-

---

1) Dabei aber waren von 404 gonorrhoischen Prostituierten
55 länger als 3 Monate im Spital
14 „ „ 6 „ „ „

abteilungen, zur vorzeitigen Entlassung Kranker genötigt waren, und manche befürchten, daß auch in Zukunft die Ueberfüllung jener Krankenhausstationen ebensogroß bliebe, ja bei exakterer Untersuchung noch weiter steigen müsse, so daß in der Praxis ein genügend langer Aufenthalt der Gonorrhoischen im Krankenhaus nicht zu erreichen sein werde. Sicherlich wird es nötig sein, der besseren Behandlung der Prostituierten im Krankenhaus durch Vermehrung der Bettenzahl Zugeständnisse zu machen; aber gleichzeitig möchte es scheinen, daß man für die notwendige Dauer der Behandlung auch sehr übertriebene Forderungen aufgestellt hat. Es müßte sich darum handeln, Methoden anzuwenden, die eine möglichste Abkürzung der Behandlung bedeuten. Nach neueren Erfahrungen wird diese in einer aktiveren intrauterinen Behandlung gegeben, deren Gefährlichkeit wesentlich überschätzt worden ist. Nach den Beobachtungen von SCHULTZ, MARSCHALKÓ, PÁRÁDI u. a. ist die Anwendung der intrauterinen Injektionen keineswegs riskiert und bietet andererseits gute Aussichten auf Erfolg. Dabei ergaben sich folgende Behandlungszeiten:

SCHULTZ nennt als Maximalzahl 40—50 Tage,
MARSCHALKÓ gibt eine Durchschnittszahl von 56 Tagen an,
PÁRÁDI von 40 Tagen.

Das sind Zeiten, die gewiß bei uns in Deutschland bis jetzt kaum irgendwo für die durchschnittliche Hospitalbehandlung der Prostituierten eingehalten werden, deren Durchführung sich aber ermöglichen lassen müßte. Der längeren Dauer der einzelnen Behandlung stände dabei bis zu einem gewissen Grade ausgleichend eine Ersparnis an erneuerter Hospitalisierung gegenüber.

Welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit eine gonorrhoische Prostituierte aus dem Hospitale entlassen werden darf? Wir gelangen zu folgenden Forderungen für die Feststellung der Heilresultate bei der Gonorrhöe:

1) Die Sekrete müssen gonokokkenfrei sein; und zwar sollen alle in Betracht kommenden Lokalisationen untersucht werden.

2) Dieses negative Resultat soll nicht auf einer einmaligen Untersuchung basieren, sondern möglichste Zuverlässigkeit besitzen

a) dadurch, daß die Kranken nicht mehr unter der unmittelbaren Einwirkung einer lokalen Behandlung stehen;

b) dadurch, daß die Untersuchung möglichst häufig wiederholt wird;

c) dadurch, daß sie womöglich unter besonders günstigen äußeren Bedingungen gemacht wird (nach der Menstruation);

d) dadurch, daß für die Feststellung noch besondere Hilfsmittel herangezogen werden.

Der Beweis, daß tatsächliche Heilung erfolgte, ist damit noch nicht gegeben; möglicherweise sind die Gonokokken nur latent geworden; als beweisend können deshalb nur die Fälle gelten, die hinterher noch genau kontrolliert und bei genauer systematischer Untersuchung als gonokokkenfrei befunden werden. Die Ergebnisse, die sich so gewinnen lassen, bleiben hinter den tatsächlichen Heilungen zurück, da ja Neu-Infektionen inzwischen stattgefunden haben können.

Der erste Satz ist allgemein anerkannt; unter keinen Umständen wird man bei der Entlassung aus der Klinik von der Gonokokkenuntersuchung absehen dürfen.

Da zu erwarten steht, daß unter der Einwirkung der Behandlung die Gonokokken aus den Sekreten verschwinden oder besser gesagt, da wir an ein Aussetzen der Behandlung nicht denken dürfen, solange die Sekrete nicht seit einiger Zeit gonokokkenfrei geworden sind, so ist nach Unterbrechung der Therapie eine gewisse Beobachtungsfrist einzuhalten, ehe die Annahme der erfolgten Heilung auch nur eine gewisse Zuverlässigkeit beanspruchen kann. Während dieser Beobachtungsfrist haben sorgfältige Sekretuntersuchungen stattzufinden. JADASSOHN hält eine Zeit von 8—10 Tagen für genügend.

Absolute Zuverlässigkeit ist auch so nicht zu erreichen. So verweist z. B. BERGH darauf, daß er einmal nach 12 negativen Untersuchungen an aufeinanderfolgenden Tagen am 13. Tage wieder ein positives Resultat gehabt habe, und ähnliches wird man bei sorgfältigen Untersuchungen immer wieder erleben.

Für die Häufigkeit der Wiederholung der Untersuchung handelt es sich darum, ein Minimum anzugeben. Die praktische Schwierigkeit, die Kranken unbehandelt noch einige Zeit im Krankenhause zurückzubehalten, ist schon hervorgehoben worden. Ich glaube nicht, daß man die Frist von einer Woche nach Sistierung der örtlichen Therapie wird überschreiten können.

Empfehlenswert ist es, womöglich nach anscheinendem Heilerfolg die nächste Menstruation vorübergehen zu lassen und dann nochmals zu untersuchen. Häufig genug sind dann wieder Gonokokken zu finden. In einzelnen Fällen aber verschwinden die Gonokokken gerade umgekehrt mit der Menstruation.

Besondere Hilfsmomente zur Feststellung der Heilung wären in der Vornahme von chemischen Irritationen der erkrankten Schleimhaut gegeben. Man wird sich leichter zu solchen an der Urethra entschließen, wo das Verfahren keinerlei Bedenken hat, als an der Cervix und dem Uterus, wo zudem die Erfolge jener Provokationen meist sehr zweifelhaft bleiben. Allerdings ist sie auch für diese Lokalisation neuerdings als ungefährlich empfohlen worden (PÁRÁDI).

Die Herstellung von Gonokokkenkulturen, die ja im Krankenhaus mit größerer Ruhe und deshalb leichter vorgenommen werden könnte, bleibt auch hier mühseliger und unzuverlässiger als die genaue mikroskopische Untersuchung.

Man hat die hier vertretenen Forderungen als zu weitgehend und als unerfüllbar erklärt. BERGH verweist darauf, daß die Garantien, die heutzutage zumal in einer gewissenhaften Hospitalpraxis eigentlich zu verlangen sind, um in casu einen venerischen Katarrh als geheilt zu erklären, so weit gesteckt sind, daß sie zu pessimistischen Auffassungen geführt haben, die in kurativer Beziehung hier und da in einen vollständigen Nihilismus zu entarten drohten.

Die angeführten Punkte ergeben zugleich, daß der Vorschlag, Prostituierte in zweifelhaften Fällen jedesmal zur Feststellung der Infektiosität den Krankenhäusern zuzuweisen, in praxi zu recht umständlichen Maßnahmen führen müßte; da die genaue Untersuchung im Hospital unter allen Umständen die Zeit von mehreren Tagen beansprucht.

In Schweden findet auf dem Untersuchungsamte keine Gonokokkenuntersuchung statt. Der Untersuchungsarzt ist aber verpflichtet, ohne Vorurteil über die Ansteckungsfähigkeit des Leidens, jede Frau, die ein Geschwür an den Geschlechtsteilen hat oder bei der sich eine

krankhafte Absonderung zeigt, nach dem Kurhaus zu senden, wo auf Gonokokken untersucht werden muß.

Die Erfolge der Hospitalbehandlung ließen sich gewiß in manchen Fällen durch eine ambulatorische Fortsetzung der Behandlung verstärken und sichern. Gerade in jenen Fällen, die bei langer Beobachtung nur selten Gonokokken, und diese nur in spärlicher Menge, zeigen, wäre so die Abkürzung wie die gänzliche Vermeidung mancher Hospitalisierung zu erreichen. Mit der Angliederung der ambulatorischen Gonokokkenbehandlung an die Kontrollvisiten würde allerdings, wenn sie auch nur in einigem Umfange durchgeführt werden sollte, eine maximale Mehrbelastung für diesen Teil der Kontrolle geschaffen. NEISSER deutet übrigens an, daß in Verbindung mit gehäuften Kontrolluntersuchungen bei Prostituierten auch prophylaktische Injektionen gegen Gonorrhöe vorgenommen werden könnten.

Nicht zu beseitigen ist im Krankenhause die Ueberzahl der postgonorrhoischen Zustände, deren Therapie jener ambulatorischen Kontrolle besonders anheimfiele. Aber diese stellen überhaupt kein Objekt der Prostituiertenüberwachung dar, um so weniger als sie keineswegs eine besondere Prädisposition zu Neuerkrankungen schaffen.

Wir sind uns aber wohl bewußt, daß in einem Bruchteil der Fälle auch jene relative Heilung der chronischen Gonorrhöe, welche die Behandlung erreichen will, nicht zu erzielen ist, und daß in solchen Fällen auch ein noch so langer Spitalsaufenthalt die Gonokokken nicht beseitigt, oder daß diese nach der jedesmaligen Entlassung sofort wieder auftauchen. Das gilt selbst für einzelne einfache Harnröhrengonorrhöen, mehr noch aber für die uterine und aszendierte Gonorrhöe.

Ist somit die Entlassung der meisten Prostituierten aus der Hospitalsbehandlung gerechtfertigt, wenn die oben angeführten Forderungen erfüllt sind, so bleibt doch ein Bruchteil übrig, bei denen in längerdauernder Behandlung entweder ein Verschwinden der Gonokokken überhaupt nicht zu erreichen ist oder bei dem der Entlassung alsbald wieder das Rezidiv folgt, bei denen somit die gewöhnliche Therapie völlig versagt. Solche Individuen dürfen nicht zur dauernden und erfolglosen Belastung der Prostituiertenabteilungen werden, die ohnedies schon in der Regel unter Platzmangel leiden. Jene Individuen in ihrem Gewerbe zu belassen, wäre nicht zu rechtfertigen. Die einfache Streichung aus der Dirnenliste wird sie nicht aus der Prostitution herausnehmen. Zum Teil handelt es sich auch um Personen, die gerade durch ihre schwere Gonorrhöe hilflos und für irgendwelche regelmäßige Arbeit unfähig geworden sind und dadurch der geheimen Prostitution erst recht entgegengetrieben würden. Manchen jener Kranken ist durch eine radikale Operation zu helfen und man wird sie den Patientinnen schon in ihrem eigensten gesundheitlichen Interesse anzuraten haben; dagegen ist jeder Zwang nach dieser Richtung zu vermeiden.

Wo aber die Einwilligung zur Operation verweigert wird, oder wo diese bei einer schwer zu heilenden oder unheilbar scheinenden Gonorrhöe nicht ratsam oder aussichtslos bleibt, müßten Asyle zur Verfügung stehen, in denen die Kranken für längere oder unbestimmte Zeit unterzubringen wären in der Erwartung, daß der Prozeß doch vielleicht unter günstigen äußeren Bedingungen einer Spontanheilung

entgegengeführt werden könnte. Zum mindesten würden solche Anstalten jenen Unglücklichen einen angemessenen Aufenthalt bieten.

Auch schwangere Dirnen, deren Gonorrhöe einer richtigen Behandlung nicht zugänglich ist, wären jenen Asylen zuzuweisen, wenn ihre monatelange Verpflegung in den Gebäranstalten auf begreifliche Schwierigkeiten stößt. Die Prophylaxe der Gonorrhöe gewänne also durch die Errichtung solcher Anstalten so gut wie die der Syphilis.

Fraglich wäre allerdings, wie weit der Asylierungs*zwang* gehen darf, oder wie weit man sich darauf beschränken müßte, den Kranken durch die Asyle Behandlungs- und Verpflegungs*möglichkeiten* zu eröffnen.

Wir haben also nicht nur der Gonorrhöe-Untersuchung, wie sie bei der Kontrolle gehandhabt wird, sondern auch der Behandlung Mängel und Fehler vorzuwerfen, die wohl zum Teil einer Beseitigung zugänglich wären; das Dogma von der Unheilbarkeit der Prostituiertengonorrhöe stößt somit auf Widerspruch. Wo allerdings die äußeren behindernden Umstände die Behandlungszeit auf zu kurze Fristen herunterdrücken, läuft die ganze Gonorrhöetherapie bei Prostituierten auf ein bloßes Blanchieren hinaus, ganz zu schweigen von Voraussetzungen, unter denen der Platzmangel auf den Prostituiertenabteilungen Veranlassung wird, daß notorisch infektiöse Gonorrhöen nicht in die Spitäler eingewiesen werden können oder daß man noch ansteckungsfähige Kranke wieder entlassen muß.

Ueber die Häufigkeit der wiederholten Hospitalisierungen, denen unter den jetzigen Zuständen die gonorrhoischen Prostituierten anheimfallen, sind folgende Daten anzuführen:

Lapp berichtet über 408 Breslauer Prostituierte, bei denen in der Zeit vom 1. August 1892 bis 1. Juli 1896 694 Hospitalaufnahmen nötig waren und zwar wurden aufgenommen

230	1mal	6	5mal
106	2 „	4	6 „
40	3 „	2	7 „
16	4 „		

Verwertung gestatteten solche Zahlen erst dann, wenn die sämtlichen Kranken während der ganzen Berichtszeit unter Kontrolle gestanden hätten.

Hofacker hat in Düsseldorf während eines Jahres, während dessen die Prostituiertenkontrolle auf Basis der Gonokokkenuntersuchung durchgeführt wurde, von 115 gonorrhoischen Dirnen

29	2mal	krank	befunden
11	3 „	„	„
8	4 „	„	„
1	6 „	„	„

Wichtig ist es, daß Hofacker demgegenüber 20 Dirnen anführen kann, bei denen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus 3—10 Monate lang die mikroskopische Sekretkontrolle mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde und die demnach als sicher geheilt gelten konnten.

Wenn durchschnittlich jede Prostituierte einmal im Jahre wegen Gonorrhöe ins Krankenhaus geschickt werden müßte (was für Berlin behauptet ist), so hätte ein ganz beträchtlicher Bruchteil sich tatsächlich mehrerer Hospitalisierungen im Jahre zu unterziehen.

Wie viele ansteckungsfähige gonorrhoische Prostituierte in einem gegebenen Momente der Ueberwachung unterstehen, darüber können

die Meinungen je nach dem Untersuchungsstandpunkt weit auseinander gehen. Wir halten daran fest, daß als Basis der Beurteilung die genaue Gonokokkenuntersuchung zu gelten hat. STRÖHMBERG hat die radikale Ansicht, daß jede Prostituierte an ansteckungsfähiger Gonorrhöe leide, wieder verlassen. BLASCHKO hat den Versuch einer Berechnung gemacht, indem er von der Voraussetzung ausgeht, daß die Verbreitung der Gonorrhöe unter den Prostituierten etwa im gleichen Verhältnis zur Zahl der übrigen venerischen Krankheiten stehen müsse, wie bei den anderen Bevölkerungsschichten. Für diese aber stellt BLASCHKO ein nahezu konstantes Verhältnis von 7 : 3 auf. Nimmt man nun die Zahl der in Berlin jährlich wegen Syphilis und weichen Schankers hospitalisierten Prostituierten und wendet auf sie jene Verhältniszahl an, so würde wahrscheinlich, daß 89 Proz. der Prostituierten an Gonorrhöe litten. Gegen BLASCHKOS Prämissen sind wesentliche Einwände zu erheben, die er übrigens zum Teil selbst angeführt hat. Die größte Vertrauungswürdigkeit hat wohl JADASSOHNS Schluß, daß in einem gegebenen Moment etwa bei 30—40 Proz. der Prostituierten, die ihrem Gewerbe nachgehen, Gonokokken nachgewiesen werden können. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangt STRÖHMBERG.

Unter 161 Prostituierten, die im Jahre 1901 in Dorpat unter Kontrolle standen, fand er 66 (= 41 Proz.), bei denen im Laufe eines Jahres Gonokokken nachzuweisen waren; ebenso viele hatten vorher Gonokokken gezeigt.

BAERMANN verweist darauf, daß in Breslau die meisten Prostituierten bereits gonorrhoisch infiziert sind, wenn sie der Kontrolle unterstellt werden; ansteckende Gonorrhöen finden sich in den beiden ersten Kontrolljahren weit häufiger als später. Auch BAERMANNS Untersuchungen geben eine Bestätigung der Zahlen von JADASSOHN.

Wenn nun aber jetzt tatsächlich nicht 30—40 Proz. der Prostituierten, sondern durchschnittlich höchstens der 10. Teil dieser Zahl der Behandlung zugeführt werden, so ergibt sich klar, welche Erhöhung der Mühe und der Kosten eine der wissenschaftlichen Anforderungen genügende Umwandlung der Gonorrhöekontrolle bedeutete. Dabei muß ohne weiteres zugestanden werden, daß die Heilerfolge keineswegs im gleichen Verhältnis mit der größeren Menge der in Behandlung tretenden Kranken wachsen würde. Denn das Plus beträfe vorwiegend alte und darum nur schwer zu beeinflussende Fälle.

Es ist also begreiflich, daß der Zuversicht, die von einer verschärften Kontrolle eine günstige Rückwirkung auf die Verhütung der Gonorrhöe erwartet, auch pessimistische Auffassungen gegenüberstehen. Sie sind vielleicht am schärfsten von KROMAYER formuliert worden.

KROMAYER ist für die Beseitigung jeglicher Gonorrhöekontrolle eingetreten. Er macht folgende Einwände:

1) Wir können nicht alle Gonorrhöen bei der Kontrolle sistieren.

2) Wir können die Sistierten nicht alle heilen.

3) Wir können die *scheinbar* Geheilten nicht vor Rezidiven bewahren.

4) Wir können die wirklich Geheilten nicht vor der Wiedererkrankung schützen.

Mag die Richtigkeit jedes einzelnen dieser Sätze zugegeben werden, so resultiert aus ihrer Gesamtheit noch nicht die Wirkungslosigkeit des Systems. Völlig nutzlos ist es dann, wenn die Sistierten nur einen

geringen Bruchteil ausmachen und wenn bei diesen wenigen der Behandlung Zugeführten der mangelnde Erfolg die Regel darstellt.

Gegen beide Voraussetzungen ergeben sich aber aus dem Gesagten wesentliche Einwände. Wir können wohl behaupten, daß die sorgsam durchgeführte Kontrolle nur solche kranke Dirnen übersieht oder in die Zirkulation zurückkehren läßt, die sich in einem Zustande hochgradig verringerter Infektiosität befinden, die zudem noch durch die Sauberkeit der Prostituierten, zu der sie gerade durch die fortlaufende Kontrolle veranlaßt werden, noch wesentlich beschränkt werden kann.

Somit zeitigt die Ueberwachung auch jetzt schon Erfolge.

Ob aber eine sorgfältige Kontrolle, so wie sie Neisser wünscht, Erfolge in einem Umfange erzielen kann, welcher die erhöhte Mühe und die größeren Ausgaben, mit denen jene genauere Untersuchung erkauft werden muß, vollständig lohnt, darüber ist von vornherein kein zustimmendes oder verdammendes Urteil möglich. Aber das beigebrachte Erfahrungsmaterial verweist darauf, daß die Möglichkeit der therapeutischen Erfolge bei den Prostituierten ebenso unterschätzt worden ist, wie man die Gefahr ihrer Neu- und Superinfektionen überschätzt hat, und es besteht die Pflicht, wenn überhaupt eine gesundheitliche Kontrolle der Prostituierten stattfinden soll, den Versuch einer Anwendung der Prinzipien Neissers zu machen.

In Kromayers Argument, daß ein großer Teil der unverheirateten Männer dauernd an chronischer Gonorrhöe leidet und daß durch diese die Prostituierten, selbst wenn sie geheilt würden, wieder erkranken müßten, liegen schon deshalb Uebertreibungen, weil die Infektiosität der chronischen Gonorrhöe der Männer auch nur eine relative ist. Die Annahme der großen Gefährlichkeit der chronischen Gonorhöe der Männer scheint auch für die Ehe überschätzt worden zu sein; sicher ist, daß auch hier die Infektion häufiger erst nach längere Zeit fortgesetztem geschlechtlichen Verkehr erfolgt, wobei noch die hochgradige Empfänglichkeit der gesunden Schleimhaut der Frau wesentlich mit in Betracht kommt.

Eine Einschränkung müßte das Bestreben nach einer intensiveren Berücksichtigung der Prostituiertengonorrhöe allerdings dann erleiden, wenn diese Kontrolle der Bekämpfung der Syphilis Schwierigkeiten bereitete. Kromayer meint, daß die Mühe, Arbeit und Kosten, die jetzt für die Gonorrhöebehandlung aufgewendet werden, besser der Syphilisprophylaxe zu gute kämen; er betont vor allem, daß der Kampf gegen die Syphilis dadurch erschwert werde, daß die Gonorrhöeuntersuchung „das Verhältnis zwischen Prostituierten, Polizei und Aerzten vergifte“. Die Prostituierte würde sich weniger gegen die Kontrolle sträuben, wenn sie nur auf Syphilis untersucht und nur wegen dieser Krankheit ins Spital geschickt würde. Zweifellos würden die Prostituierten jede Einschränkung der Ueberwachung als Erleichterung betrachten; diejenigen unter ihnen aber, die eine Hospitalisierung zu befürchten hätten, würden sich dieser ebenso nachdrücklich zu entziehen suchen, wie jetzt, zumal wenn nun gar jedesmal eine langdauernde Asylierung eintreten sollte. Wir meinen ja auch, daß die jetzige Form der Ueberwachung bezüglich der Syphilis eher genügt als für die Bekämpfung der Gonorrhöe.

Ein letzter Einwand, den Kromayer gegen die genauere Gonorrhöeüberwachung erhebt, deckt sich mit dem entsprechenden Einwurf gegen

jede Kontrolle: die Ueberwachung täusche das Publikum und werde zu einer unberechtigten Verlockung, weil der Mann glaube, daß ihm Garantien geboten werden, die tatsächlich nicht existieren. Dieser Einwurf hat um so mehr Berechtigung, je schlechter die Kontrolle arbeitet; gerade darum ist aber die Verbesserung der Gonorrhöeüberwachung anzustreben! Wir treten also dafür, daß die Gonorrhöekontrolle bei allen Prostituierten den Forderungen NEISSERS gerecht werden sollte, in vollstem Umfange ein, und möchten auch Einschränkungen ablehnen, wie sie BLASCHKO vorschlägt, indem er rät, nur die frisch aufgegriffenen Prostituierten und von den älteren nur diejenigen mit profusem Ausfluß auf Gonokokken zu untersuchen und wegen Gonorrhöe zu hospitalisieren. Alle anderen sollten nur daraufhin kontrolliert werden, daß sie sich sauber hielten (eventuell daß sie ambulant behandelt würden). Zahlreiche hochvirulente Krankheitsfälle verblieben bei diesem Vorgehen in der Zirkulation, nur weil sie geringe Sekretion zeigten.

Daß schließlich auch eine im Sinne NEISSERS vervollkommnete Ueberwachung keine vollkommenen Resultate zeitigen kann, wird niemand bestreiten. Allein die steigende Bedeutung der Gonorrhöe muß uns wenigstens das Erreichbare anstreben lassen; und deshalb wäre der eingeschränkte oder vollständige Verzicht auf die umfassendste Berücksichtigung der Gonorrhöe bei der Prostituiertenkontrolle nur vom Uebel.

Andere Erkrankungen.

Das Interesse der hygienischen Ueberwachung der Prostituierten beschränkt sich nicht auf Gonorrhöe und Syphilis. Eine ganze Reihe von Krankheiten und pathologischen Zuständen gliedert sich an, die an Bedeutung allerdings ganz gewaltig hinter jene dominierenden Affektionen zurücktreten; sie bilden bei einer einmal bestehenden Kontrolle Mitläufer, ohne wesentlich den Modus und die Arbeit der Ueberwachung zu erschweren. Die hier zusammengefaßten Erkrankungen interessieren aus verschiedenartigen Gesichtspunkten heraus; am wichtigsten bleibt auch hier die Frage der Ansteckungsfähigkeit.

Der weiche Schanker (Ulcus molle, Ulcus venereum) ist als ansteckende Geschlechtskrankheit der Syphilis und dem Tripper enge beizuordnen. Indessen er stellt nur eine rein lokale Affektion dar, die durchschnittlich im Laufe weniger Wochen abheilt und die auch da, wo sie schwerere Symptome macht — vor allem die typische Komplikation der vereiternden Leistendrüsenschwellung — nur eine passagere Schädigung des Kranken bedeutet, die keine wesentlichen Folgen für die Gesundheit nach sich zieht. Besonders ernst verlaufende — phagedänische, gangränöse Schanker u. dgl. — sind sehr selten und kommen quantitativ nicht in Betracht.

Der weiche Schanker ist demnach eine Erkrankung, deren Bekämpfung an sich die Zwangsmaßregeln der Prostituiertenkontrolle unter keinen Umständen lohnen und rechtfertigen würde. Die bestehende Kontrolle aber darf die Bekämpfung des Ulcus molle nicht außer Betracht lassen. Denn mag der durchschnittliche Schaden, den die Krankheit anrichtet, auch geringfügig sein, so handelt es sich immerhin um eine infektiöse Affektion, bei der die Beseitigung der Gefährlichkeit im Einzelfalle leicht und ohne große Umständlichkeit gelingt.

Der weiche Schanker ist abgerechnet von seltenen Ausnahmefällen an den Genitalien oder ihrer allernächsten Umgebung lokalisiert. Seine Erscheinungen sind meist auffällig genug, um ein Uebersehen bei der genitalen Untersuchung, die auf Syphilis und Gonorrhöe fahndet, auszuschließen. Schwierigkeiten ergeben sich manchmal aus der Besonderheit des Sitzes in der Harnröhre, der Vagina, an der Portio vaginalis (letzterer Sitz ist verhältnismäßig häufig!). Aber auch in diesen Lokalisationen wird die Affektion meist nicht unbemerkt bleiben.

Differentialdiagnostisch stellt sich die Erkrankung allerdings nicht immer eindeutig dar. Verwechslungen sind möglich mit syphilitischen Manifestationen, speziell mit dem Primäraffekt, um so mehr als in Fällen einer Mischinfektion dieselbe Stelle gleichzeitig die Eintrittspforte für beide Erkrankungen liefert (chancre mixte) oder auch der schon bestehende weiche Schanker nachträglich das syphilitische Virus aufnimmt. Praktisch resultiert aus der diagnostischen Verwechslung der beiden Geschwürsarten bei der Kontrolle keine üble Folge, weil eben in beiden Fällen die Hospitalisierung zu erfolgen hat.

Umgekehrt kann aber auch die Abgrenzung des Ulcus molle von minder bedenklichen Affektionen schwierig werden, wie aphthösen Schleimhautulcerationen, „Pseudoulcera mollia“, veränderten Herpeseruptionen, kurzum einer Anzahl von nicht-venerischen Genitaleruptionen. Auch in allen diesen Fällen wird dann, wenn die Diagnose nicht mit voller Bestimmtheit gestellt werden kann, der Sicherheit wegen die Hospitalisierung eintreten müssen.

Der weiche Schanker pflegt bei den Prostituierten leicht zu verlaufen. Wenn die häufigste Komplikation der Affektion, die Bildung der abscedierenden Bubonen, schon an und für sich bei Frauen seltener eintritt als bei Männern, so wird sie bei kontrollierten Prostituierten überhaupt kaum beobachtet, wohl gerade wegen der frühzeitig erfolgenden Hospitalisierung und Behandlung der Kranken. So sind beispielsweise in Frankfurt a. M. bei sämtlichen Inskribierten im Laufe von 10 Jahren nur 3 Fälle vereiterter Leistenbubonen verzeichnet.

In vernachlässigten Fällen bei geheimen Prostituierten tritt die Komplikation häufiger ein.

Das Ulcus molle hinterläßt keine Immunität, es findet sich aber bei älteren Prostituierten eine absolute wie relative Abnahme seines Vorkommens.

Verteilung der Spitalaufnahmen wegen Ulcus molle auf das Lebensalter (1613 Aufnahmen) nach NEISSER.

Alter	15—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	älter
Proz.	36,9	38,8	14,4	5,9	2,4	1,3	0,2	0,1

Und in einer zweiten NEISSERschen Zusammenstellung von 828 Fällen

Proz.	36,8	40,1	13,8	4,7	2,7	1,0	0,1	0,2

Von diesen 828 Fällen wurden 24 vor der Inskription beobachtet (= 2,9 Proz.)

27,9 Proz. im 1. Kontrolljahr	3,6 Proz. im 6. Kontrolljahr
24,4 „ „ 2. „	2,9 „ „ 7. „
18,4 „ „ 3. „	1,4 „ „ 8. „
8,3 „ „ 4. „	2,4 „ „ 9. „
4,0 „ „ 5. „	der kleine Rest später.

Aus vergleichenden Zahlenangaben könnten leicht übertriebene Vorstellungen von der Häufigkeit der Erkrankung entstehen. Auch speziell für die Prostituiertenstatistik gilt wenigstens zum Teil der Fehler, daß mit dem Ulcus molle pseudovenerische Erkrankungen zusammengeworfen werden. Schon aus diesem Grunde kann die Häufigkeitsquote der einzelnen Beobachtungsorte wesentlich differieren. Dazu kommen die mächtigen Schwankungen der Häufigkeit des Ulcus molle in verschiedenen Ländern und Gegenden. Bei uns ist das Ulcus molle jedenfalls zu einer seltenen Erkrankung geworden. Die Notiz allerdings, daß in Frankfurt a. M. im Laufe mehrerer Jahre überhaupt keine Prostituierte mit weichem Schanker dem Krankenhaus zugewiesen wurden, mag auffällig erscheinen.

Von mancher Seite ist der vielfach beobachtete Rückgang des Ulcus molle nicht als spontane Erscheinung, sondern als Wirkung der Prostituiertenüberwachung aufgefaßt worden. Gewiß muß bei regelmäßig kontrollierten Dirnen der Nachweis des weichen Schankers wie die prompte Ausschaltung und Heilung der Kranken im allgemeinen leicht gelingen. In diesem Sinne kann, wie ENGEL-REIMERS und WOLFF wollen, das Ulcus molle als Prüfstein für die Güte der Kontrolle gelten. Aber es sei nicht vergessen, daß ein System, das sich dem leicht zu bekämpfenden weichen Schanker gegenüber wirksam erweist, damit noch keine Schlüsse auf seinen Wert als Kampfmittel gegen die Syphilis und Gonorrhöe zuläßt.

Die Angaben über die durchschnittliche Behandlungsdauer der Ulcera mollia in den Spitälern gehen ziemlich weit auseinander und erreichen zum Teil die Zeit von 5—6 Wochen und mehr.

Hierzu sei bemerkt, daß es mit Hilfe moderner Anwendungsweisen der Heißluftbehandlung wie mit Aetzungen häufig genug gelingt, rasch eine Umwandlung des venerischen Ulcus in ein einfaches, nicht ansteckendes Geschwür zu erzielen. Somit wäre in derartigen Fällen zunächst nur eine Hospitalisierung von wenigen Tagen erforderlich, und es könnte eine ambulatorische Nachbehandlung eintreten, wie sie tatsächlich auch von JADASSOHN empfohlen worden ist. Wenn es trotzdem ratsam erscheinen muß, die Prostituierten in den meisten Fällen bis zur völligen Geschwürsheilung im Krankenhause zu behalten, so stellen wir nicht sowohl jene Fälle in den Vordergrund, in denen sich ein scheinbares Ulcus molle nachträglich als syphilitischer Primäraffekt entpuppt, als vielmehr den Gesichtspunkt, daß eine nichtspezifische Ulceration der Genitalien bei einem syphilitischen Individuum unter Umständen die Austrittsstelle des Virus und Vermittlerin einer Uebertragung auf andere darstellt, und daß umgekehrt bei einer noch nicht syphilitischen Person eine derartige Läsion zur Eingangspforte der Syphilis werden kann.

Unter jener Voraussetzung handelt es sich also um ein prophylaktisches Eingreifen bei konstitutionell-syphilitischen Dirnen, unter der zweiten Voraussetzung um eine Schutzmaßregel für die noch nicht infizierte Prostituierte selbst.

Dieselben Erwägungen greifen Platz, wenn eine Hospitalisierung von Prostituierten wegen gewisser pseudo-venerischer und nicht-venerischer Eruptionen der Genitalien verlangt wird, die an und für sich wohl durch die ambulatorische Behandlung zu erledigen wären.

Obenan steht hier der Herpes genitalium schon wegen seiner Häufigkeit. Diese an und für sich harmlose Bläschenaffektion, deren

einzelne Schübe ohne irgend welche Behandlung abheilen und die durch eine eingreifendere Therapie überhaupt nicht zu beeinflussen sind, wird bedeutungsvoll, wenn sie zur Eintritts- oder Austrittspforte der Lues werden kann, um so mehr als der genitale Herpes sich häufig mit entsprechenden Eruptionen an den Lippen und in der Mundhöhle kombiniert.

Nun wird der Herpes bei vielen Personen in häufigen Schüben beobachtet. Bei vielen Frauen ist der Herpes genitalis für lange Zeit Vorläufer, Begleiterscheinung oder Nachzügler der Menstruation. Daneben scheinen gerade Syphilis und Gonorrhöe eine gewisse Prädisposition für sein habituelles Auftreten zu schaffen.

Einzelne Autoren geben Daten über die Häufigkeit des Herpes genitalis bei Prostituierten:

Unna hat in 4 Jahren bei der Prostituiertenkontrolle in Hamburg in 7,6 Proz. der hospitalisierten Fälle gesehen und meinte, daß er bei 25 Proz. der Dirnen vorkomme.

Jullien sah ihn in 3,6 Proz. der Fälle unter 1000 Prostituierten.

Bergh gibt an, daß von

6716 kontrollierten Dirnen 178 = 2,6 Proz.
3045 geheimen Prostituierten 106 = 3,4 „

an genitalem Herpes litten. Bei 233 von 877 Individuen schien er keine Beziehung zum Menstruationsprozeß zu haben.

Von den in 4 Jahren hospitalisierten Dirnen hatten etwas mehr als 2,6 Proz. die Affektion.

Wegen der Häufigkeit, mit welcher der Herpes gerade bei Prostituierten beobachtet wird, hat man ihn als eine „Berufskrankheit“ der Dirnen auffassen wollen. Zu bedenken ist aber, daß bei Nicht-Prostituierten auf die geringfügige Affektion im allgemeinen nicht geachtet wird. Meist sitzt die Erkrankung an den großen Schamlippen (unter 877 Fällen Berghs 548mal, mehr als in 67 Proz. der Fälle); er wird also bei der Kontrolle kaum übersehen werden. Auch die kleinen Schamlippen, die Clitoris, die Perianalgegend geben häufige Lokalisation. Aber auch am Collum uteri und selten in der Vagina ist der Herpes anzutreffen.

Wichtig scheinen Fälle, in denen sich auf dem Boden des Herpes luetische Papeln entwickeln (gewisse Formen des „Herpes vegetans“).

Es ist auch behauptet worden, der Herpes genitalis stelle eine Begleiterscheinung oder einen Vorläufer des Schankers dar (Audry) und habe somit signifikatorische Bedeutung. Jedenfalls kann man einen Herpes vulvae in einer ganzen Reihe von Fällen finden, in denen an der Cervix uteri ein syphilitischer Primäraffekt oder ein weicher Schanker sitzt.

Nach dem Gesagten müßte der habituelle Herpes genitalis bei noch nicht syphilitischen wie bei konstitutionell-syphilitischen Prostituierten zur jedesmaligen, wenn auch kurzdauernden Hospitalisierung führen. Daß von einer solchen Maßnahme ein großer Bruchteil der Prostituierten betroffen würde, ergeben die Zahlen über die Häufigkeit des Herpes.

Weitere Affektionen, welche die Kontrolle mitberücksichtigen sollte, sind:

spitze Kondylome, die keineswegs ausschließlich als Folgeerscheinungen des Trippers auftreten, sondern durch irgend welche lokale Reize provoziert werden können;

Molluscum contagiosum an den Genitalien;

Folliculitiden und acne-artige Effloreszenzen an den Genitalien;

verschiedene Formen von Geschwürsbildungen an den Genitalien (aphthöse Schleimhauterkrankungen, die „Pseudo-ulcera mollia" JADASSOHNS u. s. w.;

vulväre und vaginale Katarrhe, die nicht auf Gonorrhöe beruhen;

hartnäckige Erosionen an der Portio vaginalis;

Leistendrüsenschwellungen aus verschiedenartigen Ursachen, speziell nach mancherlei Hauterkrankungen (Ekzem, Furunkel, Scabies u. s. w.).

Alle diese Erkrankungen könnten sich durch eine ambulatorische Behandlung erledigen lassen, soweit nicht die Rücksicht auf die Syphilis prinzipielle Einschränkungen schafft. Auch gewisse indifferente Hauterkrankungen dürften mitbehandelt werden.

Unter den nicht-gonorrhoischen Genitalkatarrhen finden sich auch solche, bei denen eine gewisse Ansteckungsfähigkeit vorauszusetzen ist. Wenigstens kommen akute, im Anschluß an den Geschlechtsverkehr entstandene Harnröhrenkatarrhe bem Manne vor, die dadurch ausgezeichnet sind, daß sich bei ihnen im Sekret nicht Gonokokken, sondern andersartige — meist stäbchenförmige — Bakterien geradezu in Reinkulturen finden. Den entsprechenden Befund kann man manchmal bei Frauen im Cervikalsekret erheben. Durch Konfrontationen habe ich selbst wie andere in einzelnen Fällen feststellen können, daß ein Erkrankter, wie die Person, mit der er geschlechtlich verkehrt hatte, identische Bakterienarten beherbergte.

Nach dem ganzen Stande der Frage braucht von einer öffentlichen Prophylaxe solcher Uebertragungen um so weniger die Rede zu sein, als jene Katarrhe fast durchweg rasch und harmlos zu verlaufen scheinen. Daß die Verfolgung solcher Katarrhe die Gonorrhöekontrolle erschweren müßte, liegt auf der Hand. Man berücksichtige, daß sie sich fast nur bei Weibern finden, die an postgonorrhoischen Zuständen leiden und daß sie weit seltener primär aufzutreten scheinen.

Die Beziehungen der Ulcera mollia, Erosionen und Condylomata acuminata zu den Syphilisstadien, wie sie NEISSER in seinem Beobachtungskreise gefunden hat, ergeben sich aus nebenstehender Tabelle.

Anhangsweise seien kurz gewisse klinische Symptomenbilder angeführt, die speziell bei älteren Prostituierten des öfteren beobachtet werden und die zum Teil in ihrer Beziehung zu Syphilis und Gonorrhöe nicht genügend aufgeklärt sind:

das Ulcus vulvae chronicum (elephantiasticum), die Kraurosis vulvae, Ulcerationen am Anus, rhagadiforme, kahnförmige Geschwüre, Plicae hypertrophicae exulcerantes, Rektalgeschwüre;

Fistelbildungen, hochsitzende Mastdarmstrikturen.

Die Beseitigung gewisser parasitärer und Unsauberkeitsaffektionen, Pediculosisformen, Scabies, stellt eine verhältnismäßig geringfügige Aufgabe der Kontrolle dar. Es ist bezeichnend, daß derartige Erkrankungen fast überall weit häufiger bei geheimen Prostituierten gefunden werden als bei kontrollierten.

Besondere Berücksichtigung verdiente die Ueberwachung schwangerer Prostituierter. Speziellere Vorschriften sind nach

Es wurden beobachtet	Ulcera mollia		Erosionen		Condylomata acuminata		zusammen	
	Fälle	Proz.	Fälle	Proz.	Fälle	Proz.	Fälle	Proz.
Bei Syphilis in der Frühperiode manifest	221	= 39,6	105	= 42,0	54	= 60,6	380	= 42,4
„ symptomlos	267	= 48,0	118	= 47,0	33	= 37,0	418	= 46,6
später symptomlos	40	= 7,2	25	= 10,0	1	= 1,1	66	= 7,4
„ mit tertiären Erscheinungen	29	= 5,2	2	= 0,8	1	= 1,1	32	= 3,6
557 syphilitische P. p. mit Fällen	557	= 100 Proz.	250	= 100 Proz.	89	= 100 Proz.	896	= 100 Proz.
Auf je 100 der 527 syphilitischen P. p. kommen Fälle	105,7		47,4		16,5		100	
896 Fälle von Ulcus molle, Erosionen und Condylomata acuminata wurden bei 527 syphilitischen P. p. beobachtet								
Auf je 100 dieser 896 mit Syphilis kombinierten Fälle kommen	62,2 Ulc. m.		27,9 Eros.		9,9 C. a.		= 100 Proz.	
Auf 100 Ulcus moll. etc. Fälle kommen Ulc. mollia bei Syphilischen	67,3 Proz.		68,9 Proz.		73,0 Proz.		68,2 Proz.	
bei Nicht-Syphilit.	32,7 „		31,1 „		17,0 „		31,8 „	

dieser Richtung fast nirgendswo erlassen; wir hören nur beispielsweise, daß mancherorts die Prostituierten in den letzten Monaten der Gravidität von den Kontrollvisiten befreit sind. Nicht nur die besprochenen Zusammenhänge zwischen Geschlechtskrankheiten und Schwangerschaft, die größere Gefährlichkeit und Gefährdung solcher Weiber sollten dazu führen, daß den Schwangeren die Ausübung der Prostitution unmöglich gemacht würde. Wie weit mit einer besonderen Nachfrage nach schwangeren Prostituierten zu rechnen ist, die Parent-Duchatelet hervorhob, bleibe dahingestellt. Zum mindesten müßte schwangeren Prostituierten die Möglichkeit gegeben werden, in asyl-artigen Anstalten unterzukommen.

Der soziale Kampf gegen die Tuberkulose hat auch zu der Erwägung geführt, ob nicht die Tuberkulose bei Prostituierten besonders beachtet werden sollte, da ja gerade diese ganz besonders zur Weiterverbreitung der Krankheit beitragen könnten. Es ist dabei verschiedentlich von einer wesentlichen Häufigkeit der Lungenschwindsucht unter den Prostituierten die Rede gewesen, so beispielsweise für Paris. Bernheim gibt an, daß in Nancy 40 Proz. der Prostituierten an Tuberkulose krank seien. Daraus ergäbe sich allerdings eine Uebertragungsgefahr, die nicht übersehen werden dürfte.

Wir besitzen keinen Anhaltspunkt dafür, daß die Zahlen Bernheims eine Verallgemeinerung zulassen; damit fällt auch der Grund für die Notwendigkeit einer regelmäßigen Untersuchung der Prostituierten auf Tuberkulose fort. Im Einzelfalle sollte bei manifester Erkrankung die Prostituierte allerdings ihr Gewerbe nicht weiterbetreiben dürfen.

Die Ausführung der Ueberwachung.

In der praktischen Ausübung der ärztlichen Ueberwachung bedarf das System, dessen hygienische Grundzüge besprochen wurden, mancherlei besondere Einrichtungen, Hilfsmittel und Ergänzungen, die im folgenden berücksichtigt werden sollen.

Zunächst seien die preußischen Verwaltungsmaßregeln, welche die Ueberwachung der Prostitution betreffen, im Zusammenhange wiedergegeben.

Zur sorgfältigen Ueberwachung der Prostitution sind dureh Erlaß des Ministers des Innern und des Kriegsministers vom Mai 1898 folgende Anordnungen den Oberpräsidenten zugegangen:

Die auf unseren Erlaß vom 23. März 1898 (M. d. g. A. M. 10685, M. d. I. II. 3723, Kriegs-M. 1001/3 97 M. A.) erstatteten Berichte lassen erkennen, daß einzelne Vorschriften des Erlasses von mehreren Berichterstattern nicht zutreffend aufgefaßt worden sind. Zur Richtigstellung bemerken wir folgendes:

1) Die Ueberwachung der Prostitution hat sich auf die durch unseren Erlaß vom 20. Juli 1894 — M. d. g. A. M. 6710, M. d. I. II. 8228, Kriegs-M. 570/7 M. A. — bezeichneten Ortschaften zu beschränken.

2) Als „Amtsraum" ist jedes lediglich für den Zweck der Untersuchung in einem polizeilichen Dienstgebäude, einem Kranken-, Seuchen- oder Armenhaus bereit gestellte und zweckentsprechend ausgerüstete Zimmer zu erachten, welches hell, geräumig, sauber und in dem Gebäude so gelegen ist, daß der Zutritt der Prostituierten die eigentlichen Hausinsassen nicht stört oder gar belästigt.

3) Die mit der Untersuchung betrauten approbierten Aerzte (R.G.O. § 29) sollen für diesen Zweck von den zuständigen Behörden bestellt sein; es soll nicht jeder beliebige Arzt nach der Wahl der Dirnen die Untersuchung vornehmen können.

4) Die in einzelnen Berichten gestellten Anträge auf Vermehrung der Kontrollbeamten u. s. w. werden durch Sonderverfügung erledigt werden.

Unter möglichster Berücksichtigung der gestellten Abänderungsanträge bestimmen wir zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten und zur Beschränkung der Prostitution, was folgt:

1) Die Ueberwachung der Prostituierten muß an allen Orten, soweit dies noch nicht geschieht, durch geschickte und taktvolle Polizeibeamte in genügender Zahl ausgeführt werden. Wo die vorhandenen Kräfte nicht ausreichen, ist für deren Vermehrung Sorge zu tragen; Privatpersonen dürfen bei der Ueberwachung niemals mitwirken.

2) Die ärztliche Untersuchung der Dirnen darf nur von besonders zu diesem Zwecke bestellten approbierten Aerzten (Sittenärzten) in Amtsräumen (niemals in der Wohnung der Dirne) nach Anweisung beifolgender Vorschriften vorgenommen werden und muß wöchentlich zweimal stattfinden. Ganz ausnahmsweise darf, sofern die besonderen Verhältnisse dies rechtfertigen, Prostituierten gestattet werden, sich in der Wohnung des Sittenarztes untersuchen zu lassen.

Während der Untersuchung muß eine geeignete weibliche Person zur Reinigung der benutzten Geräte anwesend sein.

Bei Tripperverdacht empfiehlt sich die Untersuchung auf Gonokokken mittels des Mikroskopes.

3) Die sittenpolizeiliche Ueberwachung der Dirnen ist auf die in dem auf unserem Erlasse vom 20. Juli 1894 erstatteten Berichte näher bezeichneten Vororte von großen Städten auszudehnen.

4) Rückfragen über das Vorleben neu anziehender verdächtiger weiblicher Personen sind allgemein, aber mit großer Vorsicht zur Schonung des guten Rufes unrechtmäßigerweise verdächtiger zu halten. Die Polizeibehörden des Abzugsortes sind verpflichtet, bei dem Verzuge einer unter sittenpolizeilicher Ueberwachung oder im Verdacht heimlicher Prostitution stehenden Frauensperson der Polizeibehörde des Zuzugsortes unaufgefordert die für die sitten- und gesundheitspolizeiliche Ueberwachung nötigen Mitteilungen zu machen.

5) Jede venerisch erkrankte weibliche Person, von welcher die weitere Verbreitung des Uebels durch außerehelichen Geschlechtsverkehr zu befürchten steht,

muß sofort in einem Krankenhause untergebracht werden. (§§ 69 mit 16 des Regulativs vom 8. August 1835 — G.S., S. 240.)

Ferner ist darauf hinzuwirken, daß auch andere venerisch Erkrankte beiderlei Geschlechts in einem Krankenhause Aufnahme finden.

Alle solche in einem Krankenhause aufgenommenen Kranken müssen dort human behandelt werden.

6) Die Civilärzte sind in bestimmten Zwischenräumen auf die Bestimmung des § 65 Abs. 1 und 3 und des § 69 des Regulativs vom 8. August 1835 (G.-S., S. 240) betreffend die Behandlung syphilitisch kranker Soldaten, sowie auf die dazu ergangenen Ministerialerlasse hinzuweisen.

Unter syphilitischen Erkrankungen sind nicht nur die konstitutionelle Syphilis, sondern auch Tripper und weicher Schanker nebst ansteckungsfähigen Folgezuständen zu verstehen.

Die Militärärzte haben in jedem Falle von venerischer Erkrankung eines Soldaten zu versuchen, die Ansteckungsquelle zu ermitteln und dieselbe der vorgesetzten militärischen Dienststelle anzuzeigen, welche der Ortspolizeibehörde davon unverzüglich Kenntnis gibt.

7) Eine Beschränkung der heimlichen Prostitution ist neben Ueberwachung derselben dadurch anzustreben, daß da, wo die örtlichen Verhältnisse es angezeigt erscheinen lassen, eine tunliche Beschränkung der Wirtschaften mit weiblicher Bedienung bei Erteilung der Konzession und bei Festsetzung der Polizeistunde durchgeführt wird.

Vorschriften zur Untersuchung der Prostituierten.

Nacheinander werden mindestens untersucht:

1) Gesicht, Mund und Rachenhöhle (Spatel zum Herunterdrücken der Zunge), Lippen, Nackendrüsen, Brust, Arme (Roseola), Achseldrüsen, Kubitaldrüsen.

2) Auf dem Untersuchungsstuhl: After (Kondylome, Geschwüre), Bauch- und Schenkelhaut, Leistendrüsen, große und kleine Schamlippen, besonders hintere Kommissur, und Harnröhrenmündung: Harnröhre und Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen mittels kunstgerechten Fingerdruckes.

3) Mit dem Mutterspiegel: Scheide, Muttermund und Halsteil der Gebärmutter. Bei starker Schleimabsonderung Ausspülung der Scheide mittels Wassereinspritzung oder Reinigung mittels Wattebausches.

Die gebrauchten Instrumente, welche nur aus Glas, Porzellan oder Metall hergestellt sein dürfen, sind nach jedesmaligem Gebrauch durch eine Wärterin in warmem Wasser mittels grüner Seife und Bürste oder in warmer 2-proz. Sodalösung oder in 1-proz. wässeriger Holzinlösung zu reinigen.

4) Den Prostituierten sind gedruckte Verhaltungsmaßregeln zur Verhütung der Ansteckung und über Reinhaltung des Körpers zu geben.

Diese Vorschriften sind sämtlich ohne Säumen durchzuführen. Ueber den Erfolg erwarten wir bis zum Schluß des Jahres 1901 Bericht.

Ferner ist folgender Ministerialerlaß den Regierungspräsidenten zugegangen:

Berlin, den 14. April 1900.

Auf den Bericht vom 14. Dezember 1899 — I. A. 4574 — ersuchen wir Ew. Hochwohlgeboren, die ärztliche Untersuchung der Prostituierten nach den in dem Erlasse des mitunterzeichneten Ministers der geistlichen u. s. w. Angelegenheiten vom 7. Dezember 1899 — M. 13875 — gegebenen Gesichtspunkten umzugestalten und die Klasseneinteilung der der regelmäßigen sittenpolizeilichen Kontrolle unterstellten Dirnen, welche nach den Berichtsausführungen ohne besondere Kosten und Schwierigkeiten ausgeführt werden kann, nach folgenden allgemeinen Grundsätzen durchzuführen.

Einer wöchentlich zweimaligen Untersuchung (Klasse I) sind zu unterwerfen:

a) die Prostituierten bis zum vollendeten 24. Lebensjahr. Ohne Rücksicht auf das Lebensalter:

b) die Prostituierten, welche noch nicht länger als 1 Jahr eingeschrieben sind;

c) die Prostituierten, welche sich noch im sog. kondylomatösen Stadium der Syphilis befinden, d. i. so lange noch nicht 3 Jahre seit dem Ausbruche der Krankheit verstrichen sind;

d) die Prostituierten, welche nach ihrer Persönlichkeit, nach ihrem Verhalten (Verfehlen gegen die polizeilichen Vorschriften, Entziehung von der gesundheitlichen Kontrolle u. s. w.) und sonstigen Umständen die öftere Feststellung ihres Gesundheitszustandes angezeigt erscheinen lassen.

Der alle 8 Tage auszuführenden Untersuchung (Klasse II) sind zu unterwerfen alle Prostituierten vom beginnenden 25. Lebensjahr bis zum vollendeten 34., soweit sie nicht der Klasse I zugeteilt sind.

Der Untersuchung alle 14 Tage (Klasse III) die über 34 Jahre alten Prostituierten, soweit sie nicht in Klasse I und II eingereiht sind.

Die Einrichtung ist so zu gestalten, daß die Versetzung einer Prostituierten von einer Klasse in die andere leicht und ohne besondere Umstände nach Bedarf vollzogen werden kann.

Soweit die bisherigen Verwaltungseinrichtungen eine alsbaldige gänzliche Umgestaltung nicht zulassen sollten, ist dieselbe allmählich mit tunlichster Beschleunigung durchzuführen.

In der Nachweisung über die Dirnen, welche sich der regelmäßigen Untersuchung entzogen haben und derselben nachträglich zwangsweise unterworfen worden sind, ist in Zukunft ersichtlich zu machen, wieviel von diesen geschlechtskrank befunden wurden.

Ein besonderes Augenmerk ist auch auf diejenigen Dirnen zu richten, welche wegen angeblicher Krankheit oder aus sonstigen Gründen sich zur regelmäßigen Untersuchung nicht stellen. Aerztliche Bescheinigungen müssen sich in jedem derartigen Falle zugleich darüber aussprechen, daß Zeichen einer bestehenden Geschlechtskrankheit bei der nicht gestellungsfähigen Dirne auf Grund der ausgeführten ärztlichen Untersuchung nicht festgestellt sind, sofern nicht durch die Natur der Krankheit (schwere Allgemeinerkrankung, Typhus u. s. w.) selbst ein geschlechtlicher Verkehr auszuschließen ist. Als befugt zur Anstellung derartiger Bescheinigungen sind im allgemeinen nur beamtete Aerzte anzusehen, ausnahmsweise können jedoch auch die Atteste anderer Aerzte nach dem jeweiligen Befinden oder vorheriger Bestimmung der Polizeibehörde als gültig angenommen werden.

Sofern die bei der sittenärztlichen Untersuchung fehlende Prostituierte den glaubwürdigen Nachweis über ihren Gesundheitszustand innerhalb 24 Stunden nicht erbracht hat, sind die notwendigen Ermittelungen durch den zuständigen Exekutivbeamten der Sittenpolizei in der Wohnung der betreffenden Person unter Zuziehung eines Sittenarztes auszuführen, welch letzterer hierbei zugleich erforderlichen Falles die Untersuchung auf etwa bestehende Geschlechtskrankheit vorzunehmen hat.

Gegen den Vorschlag, außer den in Ziffer 3 der Vorschriften in dem Erlasse vom 13. Mai 1898 erwähnten Desinfektionsmethoden für die Instrumente noch die Desinfektion durch kochendes Wasser oder Dampf in entsprechenden, den Aerzten zur Verfügung zu stellenden Apparaten zuzulassen, finden wir nichts zu erinnern.

Wir legen ferner Gewicht darauf, daß bei den Sittenärzten besondere Kenntnisse auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten und ein tüchtiges der fortschreitenden Wissenschaft entsprechendes Wissen vorhanden sind.

Da die Approbation als Arzt und die ärztliche Beschäftigung dies nicht ohne weiteres gewährleistet, so ist als Sittenarzt hinfort nur derjenige Arzt zu bestellen, der den Nachweis einer eingehenden praktischen Beschäftigung auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten erbringen kann; soweit dies angängig ist, wird der Bewerber um die Stelle eines Sittenarztes zunächst aushilfsweise unter Aufsicht eines Polizeiarztes zu beschäftigen und zu erproben sein. Um den bereits angestellten Sittenärzten Gelegenheit zur Vertiefung ihrer Kenntnisse zu bieten, erscheint die Einrichtung von Demonstrationskursen geeignet. Der Direktor der Charitéklinik für syphilitische Krankheiten Prof. Dr. Lesser ist demgemäß von mir, dem Minister der geistlichen u. s. w. Angelegenheiten beauftragt worden, einen derartigen Kursus für die in Berlin tätigen Sittenärzte abzuhalten. Derselbe soll 6 Stunden umfassen und während der Zeit vom 17.—28. April d. Js. am Dienstag, Donnerstag und Sonnabend von 12—1 Uhr stattfinden. Da eine freiwillige Beteiligung wohl angenommen werden darf, so ist zunächst davon abzusehen, dieselbe zu fordern. Sie wollen daher den Sittenärzten von dem stattfindenden Demonstrationskursus mit dem Bemerken Kenntnis geben, daß die Beteiligung an demselben kostenfrei und erwünscht ist. Wir ersuchen Sie ergebenst, die Namen der teilnehmenden Polizeiärzte sobald als möglich dem Prof. Lesser direkt mitzuteilen.

Zur sachgemäßen Ausführung der ärztlichen Untersuchung ist es weiterhin geboten, daß sich die Sittenärzte über voraufgegangene Geschlechtskrankheiten der Prostituierten nach Möglichkeit unterrichten und in einzelnen Fällen sich nicht nur auf die Feststellung der Krankheit beschränken, sondern auch den weiteren Verlauf und die Behandlung beobachten können. Es wird deshalb auf ein verständnisvolles Zusammenwirken der Sittenärzte und der Aerzte des Krankenhauses, welchem die Prostituierten behufs Heilung zugeführt werden, hinzuwirken sein.

Ew. Hochwohlgeboren wollen zu dem Zwecke die Sittenärzte anweisen, daß sie in Fällen, in denen eine Ueberweisung von Prostituierten an das Krankenhaus

stattfinden muß, auch ohne daß die venerische Erkrankung offensichtlich besteht, dem Krankenhausarzte unter Couvert kurz mitteilen, worauf sich ihre Annahme von der Erkrankung gründet. Seitens des leitenden Krankenhausarztes ist dagegen dafür zu sorgen, daß die Diagnose der Krankheit, sowie Dauer und Art der Behandlung auf den der Polizeibehörde zugehenden Entlassungsscheinen kurz vermerkt wird. Die Polizeibehörde hat ihrerseits die Eintragung dieser Angaben in die den Aerzten vorzulegenden Sittenkontrollbücher zu bewirken. Für die Sittenärzte ist zugleich die Erlaubnis zu erwirken, daß sie die sie interessierenden Krankheitsfälle im Krankenhause nach Benehmen mit dem ärztlichen Leiter desselben beobachten können.

Schließlich stellen wir zur gefälligen Erwägung anheim, aus der Zahl der bestellten Sittenärzte einen zu bezeichnen, dem unter Aufsicht und nach näherer Anweisung des Regierungs- und Medizinalrats die besondere Aufgabe zufällt, die medizinisch-technische Ausführung der Sittenkontrolle zu überwachen, alle Erfahrungen auf diesem Gebiete zu sammeln, Verbesserungen anzuregen und mit seinem sachverständigen Rate die Sittenpolizei in der Durchführung derjenigen ärztlichen Maßnahmen dauernd zu unterstützen, bei denen der Regierungs- und Medizinalrat mangels allgemeiner Bedeutung in der Regel nicht in Anspruch genommen wird.

Ueber das Veranlaßte sehen wir gefälligem Berichte innerhalb 3 Monaten entgegen. (2 gleichlautende Erlasse an den Polizeipräsidenten in Berlin und an den Regierungspräsidenten in Breslau.)

Abschrift vorstehender Verfügung erhalten Sie zur Kenntnisnahme mit dem Bemerken, daß die Klassifizierung der Prostituierten für Breslau und Berlin angeordnet wurde, weil die in unserem Erlasse vom 13. Mai 1898 vorgeschriebene zweimalige Untersuchung der Prostituierten in der Woche sich bisher wegen der entgegenstehenden finanziellen und anderweitigen Schwierigkeiten nicht für alle Prostituierten hat durchführen lassen. Die Klasseneinteilung ist darauf gegründet, daß erfahrungsgemäß die Prostituierte im jugendlichen Alter und während der ersten Jahre ihrer Prostitution am meisten gesundheitlich gefährdet ist und die Gesundheit anderer gefährdet. Soweit die wöchentlich zweimalige Untersuchung aller eingeschriebenen Dirnen durchgeführt ist, behält es hierbei sein Bewenden; für jede Aenderung in diesem Verfahren ist unsere Zustimmung vorher einzuholen.

Die weiteren zur Verbesserung der sittenärztlichen Untersuchung angeordneten Maßnahmen sind unter Berücksichtigung der etwa bestehenden örtlichen Verhältnisse allgemein zur Durchführung zu bringen.

Bezüglich der für die angestellten Sittenärzte einzurichtenden Demonstrationskurse ist zunächst zu erwägen, an welchem Orte und von wem dieselben abgehalten werden können. Als Leiter können nur solche Spezialisten in Frage kommen, welche über ein entsprechend großes Krankenmaterial verfügen. Für ihre Mühewaltung ist die Gewährung einer Remuneration aus Zentralfonds von uns beabsichtigt, die Teilnehmer an den Kursen würden einen Beitrag nicht zu leisten haben.

Wir nehmen an, daß die Sittenärzte von der sich bietenden Gelegenheit zur Vertiefung ihrer Kenntnisse freiwillig gern Gebrauch machen werden und sehen daher davon ab, die Teilnahme zu fordern. Die Zahl der Teilnehmer an einem Demonstrationskursus ist auf 10 Personen im Höchstfalle zu beschränken. Für die bei der Prostituiertenuntersuchung im Vordergrund stehenden diagnostischen Zwecke werden 6 Stunden im allgemeinen als ausreichend angesehen werden können.

Ihren Vorschlägen über die Einrichtung der Demonstrationskurse für die Polizeiärzte des dortigen Bezirkes sowie dem Berichte über die ausgeführten anderweitigen Maßnahmen sehen wir in 3 Monaten entgegen.

Der Minister der Geistlichen-, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten. Der Minister des Innern.

Die Aerzte.

Die Wahl der Untersuchungsärzte liegt der Polizei ob. Sie kann mit der Funktion des Sittenarztes irgend welche approbierte Aerzte betrauen, denen sonst keinerlei amtliche Funktion zukommt. Im kleineren Wirkungskreise ist es vor allem der Kreisarzt (Bezirksarzt), der die Aufgabe übernimmt, in den großen Städten würde die Zahl dieser Beamten nicht ausreichen, um im Nebenamte die Prostitutiertenkontrolle durchzuführen.

Die erste Voraussetzung, daß der Untersuchungsarzt als genügend sachverständig betrachtet werden darf, war bei uns bis vor wenigen

Jahren insofern nicht gesichert, als die Garantien einer spezialistischen Ausbildung keineswegs verlangt wurden, die im Interesse der Ueberwachung liegen müssen. Wie sehr die Examenanforderungen für die praktischen Aerzte hinter dem Notwendigen zurückbleiben, ist früher betont worden; die Schaffung eines spezialärztlichen Diploms ist vorläufig nicht durchführbar, das kreisärztliche (bezirksärztliche) Examen verlangt von den Kandidaten keine weitere Ausbildung auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten. Daß aber eine spezialistische Schulung der Kontrollärzte unbedingt notwendig ist, zeigen schon die mannigfachen diagnostischen Schwierigkeiten, die sich bei der Prostituiertenuntersuchung ergeben können. Es ist anzuerkennen, daß nach der preußischen ministeriellen Verordnung seit den letzten Jahren nur mehr solche Aerzte bei der Prostituiertenkontrolle verwendet werden sollen, die ihre spezialistische Ausbildung nachweisen können, und daß für die bereits angestellten Sittenärzte Demonstrationskurse geschaffen wurden.

Die außerdeutschen Bestimmungen für die Anstellung der Sittenärzte sind zum Teil weit rigoroser.

So werden in Wien nur Polizeiärzte verwendet, die das Physikatsexamen abgelegt haben. Unter anderem wird verlangt: der Nachweis einer nach Erlangung des Doktordiploms an einer inländischen Universität vollstreckten, wenigstens einjährigen dienstlichen Verwendung in einem öffentlichen Krankenhaus, wovon mindestens 3 Monate auf die Verwendung an einer Abteilung oder Klinik für die Behandlung Syphilitischer und Hautkranker und mindestens eben so viele Monate auf die Verwendung an einer chirurgischen Klinik oder Abteilung zu entfallen haben.

Ein Erlaß aus dem Jahre 1878 hatte besagt:

„Der Nachweis einer entsprechend langen Dienstleistung als Sekundärarzt oder Assistent an einer Abteilung für Syphilis oder Frauenkrankheiten ist für die Erlangung der Funktion als Prostituierten-Untersuchungsarzt unerläßlich, da nur an einer solchen Krankenabteilung die für die gedachte Funktion erforderliche Erfahrung und Uebung gesammelt werden kann. Der Nachweis einer anderweitigen Praxis in der Behandlung syphilitischer Krankheitsformen kann abgesehen davon, daß ein solcher Nachweis in einer hinreichend verläßlichen Weise kaum geliefert werden kann, nicht als Ersatz für die methodische Ausbildung in einem öffentlichen Krankenhause gelten."

In Paris werden die Untersuchungsärzte durch einen „Concours" unter spezialistisch geschulten Aerzten ausgewählt.

In einzelnen großen Städten könnten sich auch weibliche Aerzte an den Kontrolluntersuchungen beteiligen. Eine solche Einrichtung ist wohl zuerst in Christiania getroffen worden. Zu wünschen wäre mindestens, daß nicht-inskribierten Personen, die von der Polizei als der Unzucht verdächtig sistiert wurden, die Berechtigung eingeräumt würde, die körperliche Untersuchung, der sie sich unterziehen müssen, von einem weiblichen Arzte vornehmen zu lassen. Eine gewisse Milderung mancher polizeilichen Mißgriffe, deren Häufigkeit übrigens leicht überschätzt wird, wäre so zu erreichen. Für die fortlaufende Durchführung der Prostituiertenkontrolle würden die weiblichen Aerzte schon ihrer Zahl nach nicht genügen; Konzessionen an den überfeinfühligen Standpunkt, der von einer regelmäßigen von Männern vorgenommenen Untersuchung befürchtet, sie könne den letzten Rest von Scham bei den Dirnen ersticken, sind unnötig.

Um einen Maßstab für die notwendige Zahl der Untersuchungsärzte zu gewinnen, hat man zu berücksichtigen:

1) die Dauer der Einzeluntersuchung,
2) die Häufigkeit der Untersuchungen,
3) die Zahl der zu untersuchenden Personen,
4) die tägliche Arbeitszeit des Arztes bei der Kontrolluntersuchung.

Um mit dem letzten Punkte zu beginnen, so verlangt schon die unausbleibliche Ermüdung, unter der die Genauigkeit der Untersuchungsergebnisse leiden müßte, daß ein Arzt nicht länger als 3 bis höchstens 4 Stunden hintereinander bei den Kontrollvisiten tätig sein sollte. Wo mehrere Aerzte zusammen arbeiten, empfiehlt es sich, speziell bei der mikroskopischen Untersuchung, ein Alternieren eintreten zu lassen. Durch die Arbeitsteilung verschiebt sich zugleich die Zeit der Einzeluntersuchung, da die symptomatische Kontrolle und die mikroskopische Durchsicht der Präparate innerhalb gewisser Grenzen unabhängig voneinander bleiben (s. später).

Ebenso fällt für die Schnelligkeit, mit der sich gerade die mikroskopische Gonokokkenuntersuchung absolvieren läßt, die Art und Zahl der vorhandenen Hilfskräfte ins Gewicht (s. später).

Die Dauer der Einzeluntersuchung wird von der Zeit beherrscht, welche die Gonorrhöekontrolle in Anspruch nimmt; in dieser Beziehung verweise ich auf die früher gebrachten Zahlen.

Die theoretisch verlangte Häufung der Visiten läßt sich praktisch nicht durchführen; von der täglichen Kontrolluntersuchung kann gar nicht die Rede sein. Das erreichte Maximum geht über eine zweimalige Untersuchung in der Woche nicht hinaus und wird sich auch kaum steigern lassen. Dabei wird bis jetzt auch in diesen gehäuften Terminen bei weitem keine genügend exakte Untersuchung auf Gonorrhöe vorgenommen.

Um diese wenigstens bei den gefährlicheren Dirnen zu ermöglichen, käme eine Graduierung in Frage, welche die minder bedenklichen Elemente seltener zur Untersuchung heranzöge. Tatsächlich sind solche Abstufungen schon früher verschiedentlich vorgenommen worden.

Hierher gehört die Frankfurter Bestimmung, wonach die Dirnen I. Klasse alle 14 Tage, die der II. und III. Klasse wöchentlich zu untersuchen waren. In Hannover ist für die I. Klasse (die etwa 9 Proz. aller Dirnen enthält) eine einmalige, für die übrigen Prostituierten eine zweimalige Untersuchung in der Woche festgesetzt worden. In Paris hat man die Bordelldirnen wöchentlich, die Einzelwohnenden alle 14 Tage untersucht. Im allgemeinen hat man überhaupt in Städten mit „gemischtem“ Systeme die Bordelldirnen als die gefährlicheren häufiger zur Untersuchung heranziehen wollen als die Einzelwohnenden. Berechtigt wäre ein generelles derartiges Vorgehen nur dann, wenn tatsächlich die Bordelldirnen allgemein die bedenklichere Quote darstellten.

Schrank meint, bei Personen, die noch nicht an Gonorrhöe erkrankt waren, brauche die Gonokokkenuntersuchung nur alle 14 Tage stattzufinden; wenn bei einer Gonorrhoischen sich nach der Entlassung aus der Behandlung 2 Jahre lang bei wöchentlicher Untersuchung keine Gonokokken gefunden haben, könne wieder die 14-tägige Kontrolle eintreten.

Im weitesten Umfange hat der preußische Ministerialerlaß vom 14. April 1900 eine Abstufung der Visiten versucht (s. S. 143); er wollte vor allem die nach Alter und Führung bedenklichsten Prostituierten der strengsten Kontrolle unterwerfen und hat damit wenigstens prinzipiell den richtigsten Weg beschritten. In der praktischen Ausführung allerdings berücksichtigt diese Abstufung die Gonorrhöegefahr nicht zu Genüge.

Denn mit Neisser u. a. müssen wir daran festhalten, daß zwar akute Gonorrhöen sich vorwiegend nur bei den jugendlichen Prostituierten finden, daß dagegen der chronische Tripper bei den verschiedenen Altersklassen der Dirnen ungefähr die gleiche Häufigkeit zeigt, also bei allen dieselbe Berücksichtigung verlangt.

Wohl dürfte bei einem Teil der älteren Dirnen die Untersuchung vielleicht viel seltener stattfinden, als es der preußische Ministerialerlaß vom April 1900 will. Hier wäre vielleicht gerade eine Kontrolle in unregelmäßigen Zwischenräumen am Platze.

Eine maximale Häufung der Visiten, also eventuell die tägliche Kontrolle, wäre bei Prostituierten mit irgend welchen verdächtigen oder zweifelhaften Symptomen oder bei solchen Personen durchzuführen, bei denen eine ambulatorische Behandlung diese häufigere Vorstellung nötig machte. Es muß selbstverständlich dem Arzte vorbehalten bleiben, ob er nicht auf Grund verdächtiger Symptome die Einweisung ins Krankenhaus veranlassen will, denn diese wird nicht immer nötig oder durchführbar sein.

Bei Prostituierten, die als Infektionsquelle angezeigt werden, sollte jedesmal eine sofortige Untersuchung eintreten. Es sei aber hervorgehoben, daß es verfehlt wäre, von derartigen Denunziationen großen Nutzen zu erwarten.

Ueber die Rolle, die in diesem Zusammenhange dem Arzte zugeschoben werden könnte, und über die Aussichten ärztlicher Meldungen haben wir uns früher geäußert.

Wir besitzen auch eine Militärvorschrift, wonach die Militärärzte in jedem Falle von venerischer Erkrankung eines Soldaten zu versuchen haben, die Ansteckungsquelle zu ermitteln und dieselbe der vorgesetzten militärischen Dienststelle anzuzeigen, welche der Ortspolizeibehörde davon unverzüglich Kenntnis gibt.

Solche militärische Meldungen sind zum Teil auch im Auslande angeordnet.

Die Erfolge dieses Meldesystems sind keine ausgiebigen.

Wullenweber berichtet über die Kieler Garnison, daß dort 1896/97 441 venerische Infektionen vorkamen. 91mal wurde die Infektionsquelle genannt und zwar wurde 61mal eine inskribierte Prostituierte angegeben. 10 dieser Personen waren nicht zu ermitteln, 2 waren abgereist, 16 wurden krank befunden, 32 erwiesen sich bei der Untersuchung als gesund.

Von den 30 angezeigten Nichtinskribierten kamen 25 zur Untersuchung; davon waren 18 krank.

Als Ergebnisse ausländischer Nachforschungen auf Grund der militärischen Denunziation seien angeführt:

Carrey:	Von den angezeigten	Bordelldirnen	waren krank	1: 10
„	„ „ „	Einzelwohnenden	„ „	1: 32
„	„ „ „	heimlichen Prostituierten	„ „	30:100

Bei den englischen Truppen in Hongkong fand man
1886/87 unter 139 angezeigten Weibern 37 kranke
1887/88 „ 103 „ „ 2 „

Nirgendswo haben derartige Anzeigen eine wesentliche Unterstützung für die Ermittelung kranker Eingeschriebener geliefert. Falsche Denunziationen aus Rache oder aus Rücksicht auf die tatsächlich Kranken sind nicht selten.

Bei einer Graduierung der Kontrolle wird es doppelt schwer sein, Durchschnittswerte für die Dauer der Einzeluntersuchung anzugeben, zumal da an verschiedenen Orten der Umfang der einzelnen Klassen der Prostituierten wechselt. Vorläufig können wir an dem Standpunkte von TARNOWSKY, BLASCHKO, TÖRÖK, FINGER u. a. festhalten, wonach der einzelne Arzt bei einer täglichen Arbeitszeit von 3 bis 4 Stunden jedesmal etwa 20—30 Untersuchungen vornehmen kann. So wird auf die einzelne Untersuchung eine Zeit von etwa 10 Minuten kommen. In Wien hat man schon 1893 versucht, jedem einzelnen Kontrollarzt nicht mehr als 50 Prostituierte zuzuweisen.

STRÖHMBERG gibt an, daß er in der Zeit von 9—2 oder 3 Uhr durchschnittlich 80—100 Prostituierte absolviert.

Die Arbeitslast des Arztes wird dadurch verringert, daß an jedem Kontrolltage eine ganze Anzahl von Dirnen für die Untersuchung ausscheidet. Abgesehen von denen, die aus irgend welchen Gründen überhaupt vom Kontrolltermine wegbleiben, ist speziell für die Gonokokkenuntersuchung zu berücksichtigen, daß manche gerade die Menses haben oder an anderen Genitalblutungen leiden, daß bei einem Teil, bei denen Syphilis u. s. w. konstatiert wird, und deshalb die Ueberweisung ins Krankenhaus erfolgt, die Gonokokkenuntersuchung überflüssig ist, daß endlich bei Prostituierten, die vor der Untersuchung ausgiebige Alaun-Ausspülungen vorgenommen haben, eventuell kein Sekret zu gewinnen ist. Letzterer Bruchteil allein wird in manchen Städten auf 15 Proz., und der tägliche Abgang im ganzen auf ungefähr 30 Proz. angegeben!

So bleibt die effektive Zahl der Untersuchungen, die an den einzelnen Prostituierten auch bei ununterbrochener Kontrolle jährlich vorgenommen werden, unter Umständen weit hinter der offiziellen Forderung zurück.

Die folgende Zusammenstellung (aus den 90er Jahren) läßt allerdings im Zusammenhang mit den gegebenen Darlegungen erkennen, daß die Zahl der Kontrollärzte bei weitem nicht genügt, eine sachgemäße Kontrolle durchzuführen.

Stadt	Zahl der Prostituierten	Zahl der Untersuchungsärzte	Häufigkeit der Untersuchung
Lyon	900	7	1mal wöchentlich, bei Syphilitischen 2mal
Marseille	700	8	1mal wöchentlich
Petersburg	3000	11	1 „ „
Berlin	4500	12	1 „ „
Budapest	1100	14	2 „ „
Paris	4500	23	Bordellierte 1mal wöchentlich, Isolierte 2mal monatlich
Wien	1700—2000	47	2mal wöchentlich

Daraus ergab sich als durchschnittliche Untersuchungszeit:

In	Paris	$1^1/_2$	Minuten	(BUTTE)
„	Budapest	2	„	(TÖRÖK)
„	Bordeaux	2	„	(REUSS)
„	Berlin	2	„	(BLASCKO)
„	Petersburg	3	„	(FEDOROW)
„	Wien	5	„	(FINGER)

In Berlin hatten 1878 4 Aerzte die Untersuchung der 2767 inskribierten Prostituierten vorzunehmen. Bei sehr beschränkter Arbeitszeit entfielen auf jeden einzelnen Arzt täglich über 115 Untersuchungen.

1897 teilte KOLLM mit, daß bei 5000 der Sittenpolizei unterstellten Dirnen, von denen jede einzelne wöchentlich einmal untersucht werden sollte, 12 Aerzte angestellt waren, von denen je 4 gleichzeitig während je 2 Dienststunden untersuchten. Dazu waren täglich je 40—50 Sistierte oder Aufgegriffene zu erledigen. So kamen auf den einzelnen Arzt in 2 Stunden je 50—60 Untersuchungen; für die einzelne Person blieben also durchschnittlich 2 Minuten zur Verfügung!

Die Aerzte der Pariser Dispensaire hatten 1888 neben 4581 Prostituierten noch 14571 „filles du dépôt“ zu untersuchen!

Eine Vermehrung der Aerzte wäre doppelt nötig, wenn die Kontrolle die Rolle einer ambulatorischen Behandlungsinstanz mitübernehmen sollte.

Die Schwierigkeit, die notwendige Zahl von Aerzten zu finden, ließ die Erwägung auftauchen, ob nicht eine Verteilung der Prostituiertenuntersuchungen auf eine beliebige Anzahl von Aerzten stattfinden könnte, die allerdings von der Polizei für diese Untersuchungen speziell zugelassen würden. Den Dirnen sollte damit die Wahl ihres Arztes zustehen. Ein solches Verfahren könnte im Rahmen des jetzigen Systems nur sehr bedingter Weise gebilligt werden. Die Einrichtung wäre mit allen möglichen Kautelen zu umgeben.

In Wien hat 1873 ein polizeilicher Erlaß den Prostituierten die Wahl ihres Untersuchungsarztes freigestellt. Jeder zur Ausübung der ärztlichen Praxis in Wien berechtigte Arzt und Wundarzt konnte auch jene Untersuchungen vornehmen. Die Folgen waren nicht ermutigend. Die Dirnen suchten sich nur die Aerzte aus, von denen sie glaubten, am wenigsten belästigt zu werden. Es ergaben sich alsbald Fälle von Unzukömmlichkeiten und Schwierigkeiten zwischen Aerzten und Polizei. Besonders oft erfolgten die Meldungen des Nicht-Erscheinens der Dirnen zur Visite sehr verspätet. Die Aerzte waren zum Teil von der Wichtigkeit ihrer Aufgabe nicht genügend durchdrungen, zum Teil behandelten sie die Untersuchungen auch als Nebensache, weil sie durch andere Geschäfte zu sehr überbürdet waren. Superrevisionen durch den offiziellen Arzt faßten die Privatärzte leicht als kompromittierend auf, was Beschwerden zur Folge hatte. Endlich wurde auch von einzelnen unlauteren ärztlichen Elementen die Situation übel ausgebeutet. Die ganze Einrichtung erwies sich als unbrauchbar, unzuverlässig, demoralisierend, und 1875 wurde die freie Arztwahl wieder aufgehoben.

Italien hat das System der freien Arztwahl in sein zur Zeit gültiges Ueberwachungssystem aufgenommen.

Sonst hält man allgemein daran fest, die Zahl der Untersuchungsärzte nach Möglichkeit zu beschränken.

Das Untersuchungslokal.

Den bestehenden preußischen Ministerialvorschriften (s. S. 142) ist nicht viel hinzuzufügen.

Wir unterschreiben diese Vorschriften zunächst bezüglich ihres wesentlichen Verbotes der Untersuchung der Dirnen in ihren Wohnungen. Diese bedeutete den Verzicht auf eine große Anzahl von Hilfsmitteln, die eine gewissenhafte Kontrolle speziell bei der Gonorrhöeüberwachung nicht entbehren kann; bei den Einzelwohnenden käme zudem noch der unverhältnismäßig große Zeitverlust in Frage.

In Frankfurt a. M. hat die Untersuchung in der Wohnung bei den einzelwohnenden Dirnen 1. Klasse stattgefunden, die allerdings nur einen geringen Bruchteil der Prostituierten ausmachten.

Dagegen ist die Untersuchung vielfach in den Bordellen ausgeübt worden; besonders im Ausland geschieht das noch jetzt vielfach. Die Gründe, die zu Gunsten eines solchen Verfahrens angeführt werden, halten den Gegengründen nicht stand. Durch die Verlegung der Kontrolle in die Bordelle mag wohl eine lästige Zirkulation und Ansammlung der Dirnen auf den Straßen ausgeschaltet werden, die durch den Gang zum und vom Kontrolllokal unvermeidlich bleibt. Dafür leidet aber die Genauigkeit der Untersuchung not. Ueber ein geeignetes Untersuchungszimmer verfügen die wenigsten jener Häuser. Schrank gibt an, viele Bordelle in den verschiedensten Staaten besichtigt zu haben; nirgends hat er ein Untersuchungslokal gefunden, das den wissenschaftlichen Anforderungen entsprochen hätte. Zu der Ungunst der örtlichen Voraussetzungen gesellt sich die größere Leichtigkeit, mit der die Dirnen dort unmittelbar vor der Untersuchung blanchierende Eingriffe vornehmen können. Die Aussicht, daß die Prostituierten sich in den Bordellen selbst mit größerer Regelmäßigkeit zur Visite einstellen würden, fällt demgegenüber nicht ins Gewicht. Vielen Kontrollärzten dürfte es übrigens nicht wünschenswert erscheinen, den Dienst in den Bordellen auszuüben.

Ebensowenig kann im allgemeinen die Untersuchung der Dirnen in der Wohnung des Arztes in Betracht kommen.

Von dem Amtslokal, das in der preußischen Vorschrift für die Kontrolluntersuchungen bestimmt ist, ist vorauszusetzen, daß es alle Eigenschaften guter ärztlicher Untersuchungsräume besitze. Aerztlichem und humanem Empfinden entspricht es, daß das Lokal schon seiner Lage nach vor allem den ärztlichen, nicht den polizeilichen Charakter wahre. Wenn vielfach ein Polizeigebäude oder Polizeigefängnis oder ein Nebengebäude von solchen zum Untersuchungshaus ausersehen ist, so spielt vor allem der praktische Gesichtspunkt mit herein, daß dem polizeilichen Kontrollarzt auch die körperliche Untersuchung der neu eingelieferten nicht-inskribierten und inhaftierten Dirnen zufällt. Für solche Voraussetzungen ist zum mindesten zu verlangen, daß die Kontrolldirnen von den übrigen zu Untersuchenden getrennt bleiben und daß, wo nicht verschiedene Wartezimmer zur Verfügung stehen, wenigstens die Untersuchung zu genügend verschiedenen Zeiten vorgenommen werden. Am geeignetsten wird sich als Untersuchungsort das Krankenhaus erweisen, wenn hier die Absonderung der Dirnen von anderen Kranken durchzuführen ist. Wo die Untersuchung und Behandlung der Dirnen in denselben Händen liegt, ist dieser Modus am besten durchzuführen. Sonst kommt noch die Wahl eines

Lokals auf neutralem Boden (Pfründner- und Siechenhäuser u. dgl.) in Frage.

In großen Städten erweist sich die stundenlange Ansammlung einer großen Anzahl von Dirnen in dem einen zur Kontrolle dienenden Gebäude und seiner Umgebung als Nachteil. Der Versuch einer Dezentralisation in mehrere auf die einzelnen in Frage kommenden Stadtbezirke verteilte Untersuchungslokale ist aber — wohl wegen der praktischen Schwierigkeiten — nirgends durchgeführt. Schon mit Rücksicht auf die Hilfsmittel der Untersuchung müßte man das Augenmerk auf etwa vorhandene Polikliniken richten. Aber es bleibt dahingestellt, wie weit diese mit Rücksicht auf ihre Dientstunden und auf ihre eigentliche Klientel sich der Prostituiertenkontrolle zur Verfügung stellen würden.

Ein genaueres Schema für die Einrichtung eines Kontrolllokals soll nicht gegeben werden. Verlangt werden muß, daß ein genügend großer, den hygienischen Anforderungen entsprechender Warteraum vorhanden sei, daß das Untersuchungszimmer nach seinen Beleuchtungsverhältnissen, nach Ventilation und Heizung durchaus einem ärztlichen Untersuchungsraum entspreche, daß nicht Raummangel den Arzt und seine Hilfskräfte beenge, daß das Instrumentarium wie die technischen Hilfsmittel nach Art, Menge und Anordnung den wissenschaftlichen Anforderungen entspreche, daß die Gelegenheit für die Prostituierten, sich aus- und anzukleiden, in dezenter und bequemer Weise eingerichtet sei, daß endlich auch für die notwendigen Schreibarbeiten genügender Platz bleibe.

Je größer die Anzahl der zu Untersuchenden und je genauer die Untersuchung vorzunehmen ist, um so mehr muß man darauf ausgehen, durch eine möglichst zweckmäßige und bequeme Anordnung des ganzen Betriebes jeden Zeitverlust zu ersparen, um so mehr wird aber auch eine Arbeitsteilung und die Heranziehung von Hilfskräften nötig sein.

Ströhmberg hat in Dorpat für die Untersuchung (und Behandlung) der Prostituierten ein nach manchen Richtungen hin vorbildliches Ambulatorium (mit Baderäumen u. s. w.) eingerichtet.

Vom preußischen Ministerium der Medizinalangelegenheiten wurde im Oktober 1902 die folgende Anregung gegeben: „Für die Verbesserung der Prostituiertenuntersuchung ist der Gedanke wohl der Erwägung wert, ob und wieweit es möglich ist, Krankenhäuser und Polikliniken zur Angliederung von Untersuchungslokalen für Prostituierte heranzuziehen. Im Interesse des Ansehens der Krankenhäuser und der Schonung des Schamgefühls und der berechtigten Empfindungen der Kranken werden in dieser Beziehung allerdings wohl nur Spezialkrankenhäuser und Polizeikliniken in Betracht kommen können."

Die Ausführung der Kontrolluntersuchungen.

Genaue Vorschriften enthält die Berliner Instruktion vom 29. Januar 1877 und ihre Ergänzung vom 2. Juni 1887. Letztere besagt unter anderem:

Für eine schnelle und übersichtliche Untersuchung empfiehlt sich folgender Gang: Während der Arzt den Mund und die Rachenhöhle besichtigt, die Nackendrüsen abtastet, entblößt die Prostituierte den oberen Teil der Brust und besteigt nach Besichtigung derselben den Untersuchungsstuhl.

Nach Besichtigung der äußeren Geschlechtsteile wird die Harnröhre von hinten nach vorn mit dem Finger gedrückt, und ebenso werden die Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen untersucht, den Schluß bildet die Spiegeluntersuchung.

Genauer noch sind die Vorschriften des Ministerialerlasses vom Jahre 1898 (s. S. 143), der bei Tripper-Verdacht nur die Untersuchung auf Gonokokken mittels des Mikroskopes empfiehlt.

Das bei der behördlichen Kontrolle erreichte Maximum stellt die einmalige Gonokokkenuntersuchung in der Woche dar, wie sie bei uns in Baden existiert. Allein auch hier beschränkt sich die Nachforschung auf den Befund des Urethralsekretes; die cervikale Gonorrhöe wird nicht zur Genüge berücksichtigt.

Es sei noch kurz angeführt, daß im Auslande die Bedeutung der Gonokokkenuntersuchung noch vielfach weit weniger gewürdigt wird als in Deutschland. In Paris ist übrigens selbst die einfache Spekulumuntersuchung erst seit dem Jahre 1884 obligatorisch. (In Berlin hatte bis 1877 überhaupt keine Spekulumuntersuchung stattzufinden!)

Die Besprechung der Erkrankungen der Prostituierten hat uns gezeigt, daß die Ausführung der Kontrolle nicht den wissenschaftlichen Grundsätzen genügt, speziell was die Gonorrhöe betrifft. Wir suchten den Standpunkt zu begründen, daß die Tripperkontrolle sich auf der regelmäßigen Gonokokkenuntersuchung aufbauen muß, und daß in möglichst gehäuften Wiederholungen die mikroskopische Sekretprüfung der Harnröhre, der Bartholinischen Drüsen und der Cervix uteri stattzufinden hätte. Das Ergebnis der Gonokokkenuntersuchung entscheidet darüber, ob die Prostituierte einer Behandlung zugeführt werden muß. Alle Patientinnen, bei denen Gonokokken nachzuweisen sind, müssen zunächst hospitalisiert werden; es ist angegeben worden, innerhalb welcher Grenzen wir eine ambulatorische Behandlung für zulässig halten. Auch bezüglich des genaueren Modus der Gonokokkenuntersuchung (Entnahme der Präparate, Färbung u. s. w.) verweise ich auf das früher Gesagte.

Für die Untersuchung auf Syphilis erscheint mir die Wiener Vorschrift berechtigt, welche besagt, daß sich die ärztliche Kontrolle auf alle Teile des Körpers zu erstrecken habe, an denen syphilitische Formen vorzukommen pflegen. Die auf den ersten Blick erschreckende Fülle von Details, die demnach zu berücksichtigen wäre, läßt sich in eine zeitlich recht beschränkte Untersuchung zusammenpressen, zumal wenn dem Untersucher eine genaue Krankengeschichte vorliegt, die einen augenblicklichen Ueberblick über die bisher bei der Prostituierten beobachteten verdächtigen oder sicher syphilitischen Symptome ermöglicht.

Die Hospitalisierung hat dann stattzufinden, wenn sich Symptome ergeben, die ernstlich eine Syphilisinfektion von der Prostituierten aus befürchten lassen. Gegenüber einem allzu rigorosen Standpunkt betonen wir die früher von uns vertretenen Anschauungen, wonach die Kontrolle, wie sie tatsächlich gehandhabt wird, alle notwendigen Maßnahmen erfüllt, wenn sie außer den Prostituierten mit manifester primärer und sekundärer Syphilis diejenigen latent Syphilitischen ausschaltet, bei denen sich nässende pseudo-venerische oder nicht-venerische Affektionen im Bereich der Genitalien finden.

Wie weit die Kontrolle allgemeiner die letzteren Affektionen speziell mit Rücksicht auf die Hospitalisierung zu berücksichtigen hat, ist nicht zu wiederholen.

Ebensowenig braucht nochmals zusammengefaßt zu werden, unter welchen Voraussetzungen eine ambulatorische Behandlung von Prostituierten im Zusammenhang mit der Kontrolle stattfinden könnte und sollte. Diese Funktion ist der Prostituiertenkontrolle bei uns in Deutschland eigentlich überhaupt nicht eingeräumt; ihre Durchführung erfordert eine gewisse Umwandlung des Betriebes der Kontrollvisiten, und eventuell Vermehrung der Aerzte wie ihrer Hilfskräfte. Der Mehrausgabe stände eine direkte Ersparnis da gegenüber, wo durch die ambulatorische Behandlung die Einweisung der Prostituierten in die Spitäler eingeschränkt werden könnte; dadurch wäre zugleich ein Gebot der Humanität erfüllt und ein Mittel gewonnen, das die Prostituierten für die Ueberwachung fügsamer machte. Ich glaube nur nicht, daß sich gerade viele Spitalseinweisungen durch jene ambulatorische Behandlung umgehen ließen; sie lieferte nur ein Mittel zur intensiveren Nachbehandlung; vielleicht allerdings auch zur Abkürzung manches Hospitalaufenthaltes. Der praktisch wichtigste Punkt bliebe die Durchführung der intermittierenden Quecksilberhandlung, die sich ohne besondere Mehrbelastung der Kontrolle schon jetzt leicht durchführen ließe.

Versuche der Dirnen, vorhandene pathologische Zustände zu kachieren, muß die Kontrolle stets mit berücksichtigen. In manchen Städten hat man geglaubt, durch besondere Strafbestimmungen etwas gegen jene blanchierenden Eingriffe erreichen zu können. So besagt das Brüsseler Polizeireglement, daß jede Prostituierte, die durch List und Betrug den Arzt über ihren Gesundheitszustand zu täuschen sucht, sich das Maximum der Polizeistrafe zuziehe.

Praktisch wichtige Details für die Behandlung der bei den Untersuchungen notwendigen Instrumente ergibt die Notwendigkeit, rasch und billig zu arbeiten. Das Instrumentarium wird nach dem preußischen Ministerialerlaß von 1897 nicht gestellt, sondern gehört den Aerzten.

An manchen Orten wird der Prostituierten erlaubt oder vorgeschrieben, ihre eigenen Spekula zur Kontrolle mitzubringen. Für die Besichtigung der Mundhöhle sind durchweg die billigen Holzspatel zu empfehlen, die sofort nach einmaliger Benutzung weggeworfen werden und jede Desinfektion ersparen.

Gegen die Dampf-Sterilisation der Vaginalinstrumente wurde nicht nur geltend gemacht, daß die Einrichtung des Kochapparates Kosten verursache und daß eine zweite Hilfsperson notwendig sei, sondern vor allem, daß eine zu langsame Abkühlung der sterilisierten Instrumente erfolge.

Von der Behandlung der Instrumente mit Karbol u. dgl. hatte man auf Haut und Schleimhaut unangenehme Nebenerscheinungen gesehen. Sublimat greift außerdem Metallinstrumente an. In der preußischen Kontrolle wird deshalb die von Kollm empfohlene 1-proz. Holzinlösung verwendet. Es ist angegeben worden, daß es zur Sterilisation genüge, die Instrumente 4 Minuten lang in diese Lösung zu legen.

Platinnadeln u. dgl. müssen ausgeglüht werden; eine gewisse Anzahl von solchen Instrumenten muß zur Hand sein, damit jedesmalige Abkühlung erfolgen kann.

Hilfskräfte. An der Untersuchung unbeteiligte Personen haben derselben fern zu bleiben. Schon deshalb ist die Anwesenheit eines Polizeiorgans im Untersuchungshause nicht zu rechtfertigen. Dagegen bestimmt die preußische Vorschrift, daß während der Untersuchung

eine geeignete weibliche Person zur Reinigung der benutzten Geräte anwesend sei.

Mir scheint der Gedanke FOURNIERS, der für jedes Dispensaire vénérologique die Zuteilung einer Hebamme verlangt, erwägenswert. Welch hohen Wert die preußische Regierung auf eine Unterweisung der Hebammen in der Kenntnis der Geschlechtskrankheiten legt, hat sie durch den Ministerialerlaß vom 7. Dezember 1899 bewiesen:

„Die Bedeutung, welche den Geschlechtskrankheiten nach dem übereinstimmenden Urteile der medizinischen Sachverständigen für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beigelegt werden muß, läßt es geboten erscheinen, die Kenntnis der venerischen Krankheiten auch bei den Hebammen nach Möglichkeit zu vertiefen.

Ein mangelhaftes Wissen auf diesem Gebiete und Unkenntnis der äußeren Zeichen und Erscheinungen der venerischen Krankheiten birgt außerdem die Gefahr in sich, daß die Hebamme bei der Ausübung ihrer Tätigkeit nicht nur sich selbst ansteckt, sondern auch auf ihre Pflegebefohlenen unbewußt den Ansteckungsstoff überträgt.

Gegen solche bedauerliche Vorkommnisse schützt vor allem eine sachgemäße Ausbildung in der Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen. Es ist deshalb Wert darauf zu legen, daß die Hebammenschülerinnen nicht bloß theoretisch belehrt, sondern daß ihnen die Krankheitserscheinungen an Krankheitsfällen demonstriert werden.

Soweit hierfür das Material der Hebammenlehranstalt an Schwangeren keine Gelegenheit bietet, werden die Direktoren es sich angelegen sein lassen, geeignete Fälle für den Unterricht anderweitig zu beschaffen. In Städten, in welchen Kliniken für syphilitische Kranke bestehen, dürfte sich dies unschwer erreichen lassen und wird es sich gegebenen Falles empfehlen, den Hebammen durch den Arzt an der klinischen Anstalt eine Unterweisung an Krankheitsfällen geben zu lassen, wie dies u. a. in der Charité in Berlin geschieht. Wo derartige günstige Verhältnisse nicht vorliegen, wird angestrebt werden müssen, mit Unterstützung der ortsansässigen Aerzte das fehlende Demonstrationsmaterial zu erhalten.

Ich ersuche ergebenst, das hiernach Erforderliche in geeigneter Weise zu veranlassen. Zugleich werden die Regierungspräsidenten und der Polizeipräsident von Berlin in meinem Namen zu beauftragen sein, den Regierungs- und Medizinalrat als Vorsitzenden der Hebammenprüfungskommission, sowie die Kreisphysiker anzuweisen, die venerischen Krankheiten bei der Prüfung der Hebammenschülerinnen bezw. bei der Nachprüfung der Hebammen zum Gegenstand der Besprechung zu machen, das Wissen über die Ursachen, Verbreitung, Erscheinungen und Folgen der Krankheiten festzustellen und nach Möglichkeit zu erweitern."

Zweifellos würde die Beteiligung bei den Kontrollvisiten für die Hebammen eine Art praktischer Unterweisung bedeuten, wie sie auch in den oben angestrebten Demonstrationen nicht erreicht werden kann. Es wäre nicht schwer, im Verlauf einiger Kontrolltermine die einzelne ohne großen Zeitverlust auf eine Menge wichtiger Details aufmerksam zu machen. Nicht die Hebammenschülerinnen, sondern die praktizierenden Hebammen sollten in regelmäßigem Turnus zu solchen Unterweisungen herangezogen werden; sie können im allgemeinen als genügend geschult gelten, um keine lange und zeitraubende Anleitung zu bedürfen. Bedenken, daß man durch das Heranziehen der Hebammen der Kurpfuscherei einzelner Personen förderlich sein könnte, sind allerdings nicht gänzlich zu unterdrücken.

Medizinische Hilfskräfte wären besonders für den zeitraubenden Teil der Untersuchung, die Durchsicht der mikroskopischen Präparate, willkommen. Wo die Kontrolle in den Händen des Krankenhausvorstandes liegt, können die Assistenten, eventuell auch Medizinalpraktikanten ohne weiteres mit herangezogen werden. NEISSER hat schon 1890 darauf verwiesen, daß die Zuziehung der Assistenzärzte als Unterärzte bei der Kontrolle die Möglichkeit schaffte, möglichst billig viele Aerzte anzustellen, und zugleich die nötigen Garantien für die

wissenschaftliche und sorgsame Durchführung der Untersuchung darböte. In Universitätsstädten könnten für die Gonokokkenuntersuchung selbst ältere Kandidaten der Medizin mit verwendet werden. So wäre gewiß wenigstens an einzelnen Orten ein genügend großes und billig arbeitendes Hilfskorps zu gewinnen.

Die Entrüstung gewisser Abolitionisten über die Idee, daß nun gar noch junge Leute an der Kontrolle beteiligt werden sollen, ist doppelt unverständlich, wenn man bedenkt, daß die Arbeit dieser Untersucher darin bestehen soll, in einem — wenn irgend möglich — vom Untersuchungszimmer getrennten Raume mikroskopische Präparate zu färben und durchzusehen. Die ganze Aufgabe ist mit Hilfe der signierten Präparate so zu lösen, daß diese Untersuchung die Dirne überhaupt nicht zu Gesicht bekommen.

Wo es sich herausstellt, daß die mikroskopische Untersuchung mit der körperlichen Untersuchung zeitlich nicht Schritt halten kann, dürfte ohne allzugroßes Risiko die Prostituierte mit der Anweisung weggeschickt werden, daß sie ihr Kontrollbuch mit dem Ergebnis der Untersuchung nach einigen Stunden abholen möge. So gut man das Zutrauen haben muß, daß die Dirne sich zur Untersuchung einfindet, muß man auch darauf vertrauen, daß sie ihr Kontrollbuch mit dem Resultate der Visite abholen wird. Bei der Kranken stößt dann die Ueberweisung an das Hospital auf keine größeren oder geringeren Schwierigkeiten als bei der eigentlichen Visite. Erscheint es nötig, daß die Kranken unter polizeilicher Bedeckung dem Krankenhaus zugeführt werden, so kann diese auch bei der Abholung der Kontrollbücher bereit stehen.

Die Registrierung der Untersuchungsergebnisse.

Es ist notwendig, über jede einzelne Prostituierte gesonderte und fortlaufende Notizen zu führen. Schon SPERK hat diese individuelle Registrierungsmethode mit allem Nachdruck verlangt. Mit ihrer Hilfe gewinnen wir in jedem gegebenen Momente Einblicke in die gesundheitliche Vorgeschichte der Prostituierten und Anhaltspunkte für die Beurteilung ihrer Ansteckungsfähigkeit; die genügend genau geführten Kontrollnotizen allein können beim Wechsel der Untersuchungsärzte, bei der Ueberweisung kranker Dirnen ins Krankenhaus und bei ihrer Rückverweisung unter die Kontrolle den nötigen Zusammenhang der Beobachtung aufrecht erhalten. Endlich resultieren die gröbsten Mängel der Prostituiertenstatistiken daraus, daß sie nicht auf der Basis der individuellen Einzelregistrierung aufgebaut wurden.

Auch das administrative Interesse und das Bestreben, die sozialen Einwirkungen und die persönlichen Vorbedingungen im Werdegang der einzelnen Prostituierten aufzudecken, verlangt das gesonderte Eingehen auf jede einzelne der Kontrolle unterstellte Persönlichkeit.

Für jede Dirne sollte bei der Inskription ein besonderer Faszikel angelegt werden, der nach verschiedenen Richtungen hin die wissenswerten Daten sammeln und fortlaufend ergänzen müßte. Diese Faszikel wären im Untersuchungslokal aufzubewahren, solange die Prostituierte unter der fortlaufenden Kontrolle steht; sie wären bei der Ueberweisung ins Krankenhaus regelmäßig oder wenigstens auf Verlangen dorthin abzuliefern und bei der Entlassung aus dem Hospital sofort zurückzugeben (manchmal sind im Krankenhause wichtige

Punkte zu ermitteln, die der Kontrolle entgangen waren). Die Entlassungsbefunde, für die besondere Formulierung in Frage kommt (s. u.), wären regelmäßig einzuheften. Tritt die Prostituierte außer Kontrolle, so bleibt ihr Faszikel auf der Polizei deponiert.

Ein besonderer Bogen, der bei der Inskription auszufüllen wäre und übersichtlich die Antwort auf eine Reihe von Fragen enthalten sollte, die für die fortlaufende ärztliche Kontrolle nicht weiter von Bedeutung sind, könnte eventuell von Anfang an in den Händen der Polizei bleiben.

Das folgende Schema gibt (wesentlich nach LE PILEUR) die wichtigsten Punkte, die für dieses Blatt in Frage kommen.

No.

Civilstand.

Name
Vorname
Ledig?
Verheiratet im Alter von
Verwitwet „ „ „
Geschieden „ „ „
Geburtsort
Bezirk
Geburtsjahr

Familienbeziehungen.

Eltern leben?
Vater gestorben?
Mutter gestorben?
Lebt bei den Eltern
Von den Eltern verlassen im Alter von
Verließ die Eltern im Alter von
Hat der Fürsorgeerziehung unterstanden?

Religion.

Katholisch
Protestantisch
Jüdisch
Sonstige.

Frühere Profession.

Dienstbote
Gasthausbedienstete
Kellnerin
Fabrikarbeiterin
Näherin u. dgl.
Ladnerin
Landarbeiterin
Sonstige.

Kenntnisse.

Kann lesen und schreiben
Kann nur lesen
Kann weder lesen noch schreiben

Voraussetzungen der Prostitution.

Verführt
Nicht verführt
In welchem Alter defloriert?
Von wem?
Prostituiert seit welchem Alter?
Angebliche Gründe:
Elend?
Müßiggang?
Gewinnsucht?
Vergnügungssucht?
Vergewaltigung?
Sonstige.

Aerztliches.

Familiengeschichte
In welchem Alter menstruiert?
Hat nie geboren
Fehlgeburten
Zahl der Geburten.

Frühere Erkrankungen:

Stand bereits unter Kontrolle?

Wo?
Wann?

In . . . . . inskribiert am . . .

Sonstige Bemerkungen:

Auf der Rückseite dieses Blattes wären die Bestrafungen und temporären Unterbrechungen der Kontrolle u. s. w. einzutragen.

Ein zweites Blatt soll die ärztlichen Erhebungen wiedergeben, die beim Eintritt der Prostituierten in die Kontrolle gewonnen wurden.

No. Name Alter Datum der Untersuchung.	Haut:
Familiengeschichte:	Haare und Nägel:
In welchem Alter menstruiert? Hat nie geboren? Fehlgeburten? Geburten? Schicksal und Zustand der Kinder?	Drüsen: Schleimhäute:
Frühere Krankheiten: Frühere Geschlechtskrankheiten Behandlung.	Aeußere Genitalien: Urethra: BARTHOLINIsche Drüsen: Vagina: Cervix: Innere Genitalien: Anus:
Befund: Allgemeinzustand etc.	Besondere Bemerkungen:

An diesen „Anfangsstatus“ anschließend sind in möglichst einfacher und abgekürzter Form die weiteren Kontrollbeobachtungen auf einem besonderen Bogen tabellarisch zu notieren; sie lassen sich bequem in folgendes Schema einfügen:

Datum der Untersuchung	Befund [1])	Mikroskopischer Befund [2]) aus			Behandlung [3])
		U	B	C	

1) Eintrag: θ wenn sich nichts Besonderes ergeben hat.
Menses sind jedesmal zu registrieren.
Zweifelhafte oder verdächtige Symptome sind zu notieren, damit bei der nächsten Kontrolluntersuchung sofort auf sie Rücksicht genommen werden kann.

2) U = Urethra.
B = BARTHOLINIsche Drüsen.
C = Cervix.
Der negative Gonokokkenbefund durch das Zeichen — zu markieren.

3) Für die Eintragungen bei ambulatorischen Quecksilberkuren u. dgl.
Will man eine poliklinische intermittierende Behandlung durchführen, so kann der Termin, zu dem voraussichtlich die nächste Kur stattfinden soll, bereits in diese Rubrik eingetragen werden, um rechtzeitig aufmerksam zu machen.

Bei dem enormen Wert, den für den Arzt die Kenntnis aller früheren venerischen Erkrankungen der zu Untersuchenden hat, scheint es mir besonders wichtig, daß alle hierher gehörenden Daten — am besten auf dem Umschlagbogen — zusammengestellt werden. Hierfür möchte ich folgendes Schema vorschlagen:

Nummer:
Name:
Alter:
Eintritt in Kontrolle:

Datum	Gonorrhöe	Syphilis		Ulcus molle, Herpes etc.
		Symptome	Art der Behandlung	
Vor Eintritt in die Kontrolle:				
Seit Eintritt in die Kontrolle:				

Es ist dem Arzte möglich, sich durch einen raschen Blick auf eine solche Zusammenstellung zu informieren, ob bei den Prostituierten bereits Geschlechtskrankheiten konstatiert sind, in welchem Stadium der Syphilis sich die Prostituierte befindet, wann die letzte spezifische Behandlung stattgefunden hat, kurzum, er hat alle jene Angaben vor Augen, die eine Abschätzung der Gefährlichkeit erleichtern.

Die ganze Registrierung gestaltet sich zumal bei der Anwendung abkürzender Zeichen in der Ausführung weit einfacher als es nach einer Beschreibung erscheinen möchte, und sie erlaubt, alle wichtigen Daten übersichtlich zu sammeln. Allerdings kann eine Hilfsperson nötig werden, um die korrekte fortlaufende Eintragung zu besorgen.

Bei dieser Registrierung werden die einzelnen Faszikel alphabetisch geordnet.

Ströhmberg empfiehlt als praktisch die Einrichtung eines Verzeichnisses, das die Prostituierten nicht alphabetisch, sondern nach ihrer Gefährlichkeit ordnet. Er wählt folgende Kategorien:

A. Die überhaupt noch nicht Infizierten — resp. diejenigen, bei denen nichts über eine geschlechtliche Erkrankung bekannt geworden ist.

B. Die nur gonorrhoisch Erkrankten.

C. Die Syphilitischen, deren Infektionsjahr bekannt ist, nach Jahren geordnet.

D. Die Syphilitischen mit unbekanntem Infektionsjahr.

Innerhalb jeder Gruppe erfolgt Einordnung nach dem Alter. Das Verzeichnis wird in Dorpat zweimal im Jahre erneuert.

Die so angestrebte Klassifizierung läßt sich wohl auch dadurch kenntlich machen, daß man Umschläge von verschiedenen, den einzelnen Kategorien entsprechenden Farben wählt.

Der Prostituierten selbst ist als Ausweis eine Karte oder ein Büchlein zu übergeben; für die Fassung sind verschiedenerlei Formen in Betracht gezogen worden.

Unterschleife sollen möglichst ausgeschlossen werden; deshalb ist vor allem die Photographie der Inhaberin erforderlich; sie werde ergänzt durch eine den Paßformularen entsprechende Personalbeschreibung mit Altersangabe. Daß die Dirne ihren Besuchern etwa Einsicht in ihren Namen und Geburtsort geben müsse, halte ich für überflüssig; die Abneigung einer Prostituierten gegen eine solche Mitteilung ist häufig genug berechtigt. Als Ersatz kann die Nummer des polizeilichen Registers dienen; sie gestattet im gegebenen Falle der Polizei die Identifizierung.

Daß auch die Photographie keinen vollkommenen Schutz gegen Unterschleife gewährt, schränkt ihren Wert etwas ein, ohne ihn aufzuheben. Zu dem Standpunkt, es sein inhuman, wenn man die Prostituierten nötige, sich für jene Kontrollzwecke photographieren zu lassen, braucht nicht ernstlich Stellung genommen zu werden.

Der Hauptzweck des Kontrollbüchleins muß bleiben, darauf zu verweisen, daß die Inhaberin unter ärztlicher Ueberwachung steht und daß die überwachende Behörde augenblicklich keine hygienischen Bedenken hat, die Prostituierte an ihrem Gewerbe zu hindern. Der entsprechende Vermerk dient in gleicher Weise der Prostituierten zum Ausweis ihren Besuchern gegenüber, wie diesen selbst zur Sicherheit, daß sie bei der Dirne die gesundheitlichen Garantien finden, die sie von der Ueberwachung erwarten dürfen.

Der Kontrollvermerk soll also auch vermeiden, den Anschein größerer Garantien zu erwecken, als er bieten kann.

Wie weit etwa eine gedruckte Erläuterung im Kontrollbüchlein aufklärend wirken soll, ist noch zu diskutieren. Auf alle Fälle hat man den Vermerk „Gesund" zu vermeiden, aber man tut wohl auch gut daran, Bezeichnungen wie „symptomfrei" zu unterlassen und nur den Kontrollstempel mit dem Datum der letzten Untersuchung einzutragen. Die Untersuchungsbehörde gibt damit kund, daß sie bei der Visite dieses Tages keine Veranlassung gefunden habe, die Prostituierte zu beanstanden, und diese Feststellung ist alles, was der Klient der Prostituierten von den hygienischen Ergebnissen der Kontrolle zu wissen braucht. Auf den Blättern, welche diese Stempelvermerke tragen, werde in auffallendem Drucke die Notiz gegeben:

„Die Kontrollvisite findet am . . . . tag und . . . . tag statt. Der Kontrollvermerk gilt nur für 3 resp. 4 Tage."

Daraus ergibt sich für jedermann, daß der letzte Vermerk, wenn er zeitlich weiter zurückliegt, auf eine Unterbrechung der regelmäßigen Visite und damit auf den Wegfall der Garantie verweist, welche die Kontrolle geben will. Belehrung über diesen Punkt muß angestrebt werden, ebenso wie man den Männern wird klar machen müssen, daß jede Prostituierte, die der regelmäßigen Kontrolle untersteht, auch im stande sein muß, das regelrecht geführte Kontrollbüchlein vorzuzeigen.

Das Kontrollbüchlein enthalte die Vermerke des ganzen laufenden Kalenderjahres. Mit dem neuen Jahre werde der Vermerk zurückgelegt und durch ein neues Vermerkblatt ersetzt. Auf dieses werde notiert: „in ununterbrochener Kontrolle seit . . . ." Wird bei einer Untersuchung die Prostituierte krank befunden oder ergibt sich der Verdacht einer Erkrankung, so fällt der Eintrag ins Büchlein fort,

genau so wie bei einer Unterbrechung der Kontrolle aus irgend welchen anderen Gründen (Arrest, Reisen u. s. w.). Bei jeder Unterbrechung der fortlaufenden Untersuchungen werde der Prostituierten das Büchlein abgenommen und bis zum Wiedereintritt auf dem Untersuchungsamte deponiert. Die Betonung der zeitlich beschränkten Dauer des jedesmaligen Vermerkes wird davor schützen, daß Dirnen, die sich heimlich der Kontrolle entziehen, mit ihrem Büchlein etwa allzuviel Unfug treiben können.

Aus der Summe der vorhandenen Eintragungen kann der Klient der Prostituierten sich überzeugen, wie lange die Prostituierte den Anforderungen der Kontrolle entsprochen hat. Damit können jene Einträge zu einem nicht unwesentlichen Ansporn für die Prostituierten werden, sich regelmäßig der Kontrolle zu stellen. Manche Männer werden darauf sehen, daß eine lange, ununterbrochene Reihe von Einträgen vorliegt.

Aus dem Gesagten erhellt, daß ich die Forderung nicht unterschreibe, das Kontrollbüchlein möge genauere Aufschlüsse über die Gesundheit der Prostituierten, speziell über die Art der an ihr beobachteten venerischen Erkrankungen erteilen.

In manchen Städten beschränkt sich auch heute noch die ganze Notierung, die der Kontrollarzt vornimmt, auf die Einträge ins Kontrollbuch. Das ist zu verwerfen, weil diese Notizen nur ungenügend ausfallen und weil das ganze Beobachtungsmaterial verloren geht, wenn sich einmal die Prostituierte mit ihrem Büchlein der Ueberwachung zu entziehen weiß. Aber auch da, wo über die Prostituierten genauere Notizen geführt werden, hat man vielfach spezielle Einträge ins Kontrollbuch gefordert und zum Teil auch ausgeführt, die zur Kenntnisnahme der Besucher der Prostituierten bestimmt sind.

So wünscht Blokusewski, daß wenigstens die Gonorrhoischen oder gonorrhöe-verdächtigen Prostituierten einen entsprechenden Vermerk auf ihre Karte erhielten, damit ihre Besucher zur Anwendung von Vorsichtsmaßregeln angehalten würden.

Ströhmberg macht den Eintrag, ob und wann die Prostituierte an Gonorrhöe und Syphilis gelitten hat. Stern wünscht gar noch die Anführung des Krankenhauses, in dem die Prostituierte behandelt worden ist, und die Angabe der Dauer der jedesmaligen Behandlung.

In Paris erhalten die Prostituierten Kontrollkarten von verschiedener Farbe, je nachdem sie als nicht-syphilitisch (weiß) oder syphilitisch (rot) gelten. le Pileur verlangt mit Recht, daß zum mindesten noch eine Karte in anderer Farbe für solche Prostituierte nötig wäre, deren Syphilis 3—4 Jahre zurückliegt und deren Ansteckungsfähigkeit demnach wohl erloschen ist.

Zu Gunsten einer Kenntlichmachung der früher erkrankten Prostituierten führt Ströhmberg an, daß solche Notizen den jungen Mann auf die horrende Gefahr aufmerksam machen, in die er durch den außerehelichen Geschlechtsverkehr gerät, und daß sie abschreckend wirken werden. Ich teile seine Ansicht nicht. Der Mann wird — wenn überhaupt — jenen Gesundheitsvermerk meist nur unter Voraussetzungen lesen, unter denen die augenblickliche geschlechtliche Erregung die entgegenstehenden Bedenken zurückdrängt. Die Gefahr wird dem Manne erst hinterher zum Bewußtsein kommen, und wird so nur, je nach der Veranlagung des Betreffenden, eine mehr oder minder intensive und andauernde Angst und Depression zur Folge

haben und hypochondrische Vorstellungen auslösen. Und für später wird diese Erfahrung dem Manne in der Regel wenig nützen. Die Wirkung jener genitalen Aengste schwächt sich bei den meisten bald ab, zumal wenn sie sehen, daß keine Infektion erfolgt ist. Nicht allzu selten haben wir ja Gelegenheit, Patienten zu sehen, die aus Angst vor einer vermeintlichen Ansteckung, oder nach einer tatsächlich erfolgten Infektion den Arzt aufsuchen und unter den schwersten Gewissensqualen geloben, sie wollten aus ihrer Lage eine Lehre fürs Leben ziehen — und die manchmal nach erschreckend kurzer Zeit mit einer frischen Infektion wiederkehren.

Wenn aber der Klient der Prostitution die Frage der früheren geschlechtlichen Erkrankungen berücksichtigt, und wenn er sich nur die Dirnen aussuchen will, die nie krank gewesen sind, so würden eben die meisten Männer keine Kontrolldirnen mehr finden können, die diesen Ansprüchen genügten. Jener Vermerk liefert nun allerdings für den Kundigen die Möglichkeit der genaueren Abschätzung der Infektionschancen, und er garantiert ihm unter Umständen, wenn die Syphilis genügend lange zurückliegt, die größte Sicherheit. Aber faktisch wird begreiflicherweise der Hinweis auf die frühere Krankheit die meisten Männer nur abschrecken. Eine Belehrung über die durchschnittliche Dauer der Infektiosität der Syphilis, die ja ebenfalls im Kontrollbuche gegeben werden könnte, würde daran nichts ändern. Daß man den Männern mit jenem Syphilisvermerk klar machen könnte, wie häufig tatsächlich die Syphilis unter den Prostituierten vorkommt, ist richtig; aber es wäre verfehlt, ihm diese Belehrung an einem Einzelbeispiel zu geben, das nach Ansicht der Kontrolle trotz der Krankheit augenblicklich die Uebertragung kaum vermitteln kann. Die Ueberwachung würde ihr Ziel verfehlen, wenn sie die Dirnen, die sie gerade in der Zirkulation belassen will und an die sich die Männer im Gegensatz zur unkontrollierten Prostitution wenden sollen, durch ihr eigenes Vorgehen diskreditierte. Die Prostituierte selbst würde dadurch veranlaßt, sich womöglich der Reglementierung zu entziehen, die ihr nicht einmal mehr den geschäftlichen Vorteil brächte, oder wenigstens ihren Klienten gegenüber zu verheimlichen, daß sie zu den Eingeschriebenen gehört. Alles in allem würde der Anschein geweckt, daß die überwachten Dirnen gefährlicher seien als die nicht überwachten. So haben meines Erachtens die Einträge ins Kontrollbuch nichts weiter zu besagen, als daß und wann die letzte Visite erfolgt ist.

Gewiß soll damit aber keine größere Sicherheit verbürgt werden als durch die Kontrolle überhaupt übernommen werden kann. Es mag hierüber eine Belehrung in allgemein verständlicher Form gegeben werden, wie sie Jadassohn vorgeschlagen hat.

1) Jede Prostituierte, d. h. jede Frau, welche sich dem Geschlechtsverkehr um Gelderwerb hingibt, ist verpflichtet, sich regelmäßigen polizeilichen Untersuchungen zu unterziehen, damit nach Möglichkeit festgestellt werde, ob sie an ansteckenden Krankheiten leidet.

2) Jede Prostituierte ist verpflichtet, dauernd eine mit Photographie versehene Karte wie die vorliegende (resp. ein solches Büchlein) bei sich zu tragen und auf Verlangen vorzuzeigen.

3) Jede Prostituierte, welche diesen Ausweis nicht vorzeigen kann oder will, ist im höchsten Grade verdächtig, krank zu sein, und daher der Verkehr mit ihr ganz besonders gefährlich.

4) Die vorliegende Karte enthält den Vermerk der letzten polizeilichen Untersuchung, diese darf nicht länger als 4 Tage zurückliegen.

5) Aber auch regelmäßig polizeiärztlich untersuchte Prostituierte können krank sein, da es ansteckende Leiden gibt, welche bei der Untersuchung nicht entdeckt werden können.

6) Die Untersuchung gibt keine Sicherheit gegen eine Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten, sondern vermag nur durch Ausscheidung sicher und hochgradig Kranker die Gefahr der Ansteckung zu vermindern, keinesfalls aber aufzuheben.

Eine Belehrung in dieser Fassung stellt gewiß für die Männer keine Einladung zur Unzucht dar; sie wird eher abschreckend wirken, dabei aber den Leser zu Genüge auf das höhere gesundheitliche Risiko verweisen, das der Verkehr mit unkontrollierten gewerbsmäßigen Dirnen für ihn bedeutet.

Soll die Belehrung aber wirksam sein, so ist vor allem für ihr Bekanntwerden zu sorgen. Gewiß fragt nur ein Teil der Männer überhaupt nach dem Kontrollbuch der Prostituierten, und noch geringer wird die Zahl derer sein, die im gegebenen Momente eine solche Belehrung mit genügender Aufmerksamkeit studieren und vor allem befolgen; aber gerade darum wird zum mindesten auch auf andere Weise für die Kenntnis jener Dinge bei den Männern hingewirkt werden müssen. Die Mitteilung im Kontrollbuch hat zudem den Wert, daß die Prostituierte selbst erfährt, wie wichtig es in ihrem eigenen geschäftlichen Interesse ist, daß sie sich regelmäßig zur Untersuchung stelle. Aber praktische Bedeutung gewinnt das Verfahren erst, wenn seitens der Männer der Nachweis der möglichen gesundheitlichen Garantien bei den Prostituierten verlangt wird.

Weiterhin soll das Kontrollbüchlein gewisse hygienische Hinweise für die Prostituierten enthalten. Die in Preußen bestehenden Vorschriften schreiben vor:

„Den Prostituierten sind gedruckte Verhaltungsmaßregeln zur Verhütung der Ansteckung und über Reinhaltung des Körpers zu geben.“

Demgemäß finden sich z. B. in Breslau folgende „Verhaltungsmaßregeln für die der sittenpolizeilichen Aufsicht unterstellten Frauenspersonen zur Verhütung der Ansteckung und zur Reinhaltung des Körpers“:

1) Der ganze Körper ist täglich zu waschen und mindestens einmal jede Woche zu baden. Mindestens einmal in der Woche ist die Wäsche zu wechseln. Der Mund ist dreimal täglich auszuspülen.

2) Liegt der Verdacht vor, daß ein Mann geschlechtlich nicht gesund ist, so muß jede innige Berührung mit ihm (Küssen, Beischlaf) vermieden werden.

3) Nach jedem Beischlaf ist mittels eines Irrigators eine Ausspülung der Scheide und Bespülung des Schoßes mit einer rosafarbenen Lösung von übermangansaurem Kali in Wasser vorzunehmen. Ein kleines Fläschchen mit Kristallen von übermangansaurem Kali und etwas Wundwatte sind stets mitzuführen, und wenn ein Irrigator nicht zur Hand ist, Scheide und Schoß mit in die Lösung getauchter Watte gründlich zu reinigen.

4) Bei dem Auftreten verdächtiger Erscheinungen (Ausfluß, Stechen, Schwellung, Geschwüre, Ausschlag) ist sofort ärztlicher Rat einzuholen.

Daß das Kontrollbüchlein, so wie manche Autoren vorschlagen, auch für die Männer ausführlichere Hinweise auf die individuelle Prophylaxe und Belehrung über die Initialerscheinungen der Geschlechtskrankheiten enthalten sollen, kann ich nicht gutheißen. Eine derartige Belehrung möge auf andere Weise erfolgen.

Endlich halte ich es für richtig, daß darauf hingewiesen werde, daß die Prostituierte das volle Recht hat, kranke oder ihr verdächtige Männer zurückzuweisen. Auch den Hinweis auf existierende Strafbestimmungen betreffs wissentlicher Uebertragung von Geschlechtskrankheiten halte ich für zweckmäßig. Man wende dagegen nicht ein, daß die Prostituierte kaum je in die Lage kommen werde, von einem solchen Rechtsmittel faktischen Gebrauch zu machen. Schon die Strafdrohung an sich kann das Gewissen der Männer schärfen, und ich halte die Möglichkeit, mit Hilfe der Prostituierten in dieser Richtung erzieherisch zu wirken, für einen Gewinn, der die Gefahr, daß aus solchem Hinweis die Dirne Veranlassung zu Erpressungsversuchen schöpfen könnte, unendlich aufwiegt.

Auch den Einwand, daß durch solche Bestimmungen die kranken Männer dazu getrieben würden, sich an die geheime Prostitution zu werden, erkenne ich nicht an, solange wir nur vor der Aufgabe stehen können, eine gesundheitlich kontrollierte Prostitution in möglichster Ausdehnung und möglichster Ungefährlichkeit zu schaffen, und solange man auf der anderen Seite die geheime Prostitution bekämpfen und nach Möglichkeit unterdrücken möchte.

Man glaubt, eine Belehrung der Männer auch dadurch geben zu können, daß in der Wohnung der Prostituierten und speziell in den Bordellen für jeden Besucher sichtbare Plakate entsprechenden Inhaltes angebracht würden.

Soweit es sich um die Anordnung von Sauberkeitsmaßregeln handelt, ist ein solcher Vorschlag nur gutzuheißen; die Dirne sieht sich damit gewissermaßen der Aufsicht ihrer Besucher unterstellt und wird schon aus geschäftlichem Interesse zur größeren Gewissenhaftigkeit angeleitet. Auch Hinweise auf den gesetzlichen Schutz, den wenigstens der Idee nach die Dirne ansteckungsfähigen Besuchern gegenüber besitzt, mögen hier so gut und aus denselben Gründen wie in dem Kontrollbüchlein ihren Platz finden.

Den wesentlichen Raum pflegen in dem Kontrollbüchlein die Strafbestimmungen für die mißbräuchliche Verwendung desselben und die polizeilichen Vorschriften über das Wohnen der Prostituierten, ihr Verhalten auf Straßen und an öffentlichen Orten, das Verbot der Anlockung der Männer u. s. w. einzunehmen. Die Prostituierte soll aber zugleich nachdrücklich darauf hingewiesen werden, daß ihr jederzeit die Möglichkeit bleibt, aus den Inskriptionslisten gestrichen zu werden, wenn sie wieder einem anständigen Erwerb nachgehen will.

Die Krankenhausbehandlung der Prostituierten.

Die Prinzipien der Behandlung sind bei der Schilderung der Krankheiten der Prostituierten besprochen worden; ebenso die Gesichtspunkte, unter denen die Entlassungsfähigkeit zu beurteilen ist. Daß es verfehlt wäre, ein allzu starres Schema für den Behandlungsmodus vorzuschreiben, sei nochmals betont. Auch zur Beobachtung können Prostituierte eingewiesen werden.

In jedem Falle soll der Krankenhausarzt seitens des Kontrollarztes schriftlich verständigt werden, wegen welcher Symptome die Einweisung erfolgt, und zwar schon deshalb, weil die Untersuchungsergebnisse im Krankenhause sich nicht immer mit denjenigen bei der Visite decken. Andererseits ist es notwendig, daß bei der Entlassung

der Kontrollarzt alle notwendigen Daten über die im Krankenhause beobachteten Symptome und speziell bei der Syphilis über den Umfang der Behandlung erhalte; bei latent Syphilitischen, die wegen anderen Affektionen eingewiesen waren, soll er über die etwa vorgenommene Sicherungskur verständigt werden. Für alle diese Mitteilungen ließe sich ein Schema wie das folgende verwenden, das dem Kontrollfaszikel einzuheften wäre.

Krankenhaus:

Entlassungsschein.

Name: Eintritt:
Alter: Entlassung:
No. des Kontrollbuchs:

Syphilis	Gonorrhöe					Ulcera mollia	Andere Erkrankungen
Symptome:	Gonokokken	U.	B.	C.	R.	Sitz:	
	Datum des letzten positiven Befundes:						
Behandlung:	Datum der negativen Befunde:					Bubonen?	
	Uterus?						
	Adnexe?						
	Menses?						

Bemerkungen:
(Eventuell auch Behandlungsvorschläge!)

In der Regel wird die Prostituierte nach der Entlassung aus dem Krankenhause zunächst dem Kontrollarzte wieder vorgeführt, der durch eine „Contrevisite" zu entscheiden hat, ob die Dirne ihr Gewerbe wieder aufnehmen darf, und ihr bejahenden Falls das Kontrollbüchlein mit dem neuen Datumvermerk zurückgibt.

Bei der Hospitalisierung der Prostituierten bleibt zu berücksichtigen, daß es sich um Patienten handelt, die einer Zwangsbehandlung unterliegen und dementsprechend Freiheitsbeschränkungen zu unterwerfen sind, daß ihre strenge Absonderung von allen anderen Kranken durchgeführt werden muß, daß endlich die Art ihrer Krankheiten besondere Einrichtungen und Hilfsmittel verlangt.

Große Städte stehen vor der Erwägung, ob es besser sei, Krankenhäuser zu unterhalten, die ausschließlich der Behandlung von Prostituierten dienen, oder ob diese in besonderen Abteilungen von Spezialkrankenhäusern für Geschlechtskranke oder in allgemeinen Krankenhäusern unterzubringen seien. Besondere lokale Gesichtspunkte und in letzter Linie auch die Kostenfrage bedingen hier die Entscheidung. Kleinere Städte haben innerhalb ihrer Krankenhauseinrichtungen häufig

genug nicht die Möglichkeit, den Prostituierten besondere Gebäude zuzuweisen und müssen sich nach Kräften zu helfen suchen.

Wie weit im allgemeinen für die nichtprostituierten Geschlechtskranken und speziell diejenigen weiblichen Geschlechts eine Konzentration oder eine Verteilung unter die anderen Kranken wünschenswert sei, haben wir hier nicht weiter zu diskutieren. Gewiß darf aber das Odium nicht unberücksichtigt bleiben, das einer Krankenhausstation anhaftet, die Prostituierte beherbergt und das viele Frauen hindert, die Spitalspflege aufzusuchen, wenn sie unter einem Dache mit Prostituierten untergebracht werden, auch dann, wenn die einzelnen Stationen in keiner weiteren Berührung untereinander stehen.

Die Forderung, daß überall da, wo die Geschlechtskranken in einem Krankenhause konzentriert werden, alle nicht-prostituierten und freiwillig eingetretenen Frauen von den Prostituierten vollständig getrennt bleiben müssen, dürfte keine Ausnahmen erfahren. Aber auch unter den Kranken, die einer Zwangsbehandlung unterliegen, sollte eine intimere Scheidung insofern durchgeführt werden, als die polizeilich eingewiesenen Nicht-Inskribierten (aufgegriffenen Dirnen) gesondert von den Eingeschriebenen unterzubringen wären. Diese Forderung drängt sich besonders für die Anfängerinnen der Prostitution auf, von denen man nicht ohne Berechtigung gesagt hat, daß das Zusammensein mit den gewerbsmäßigen Dirnen im Krankenhause für sie eine Schule der Prostitution werden könne. Im übrigen finden sich unter jenen aufgegriffenen und geheimen Prostituierten so verschiedenartige und verschiedenwertige Elemente, daß eine noch feinere Gruppierung derselben, wie sie nur das ärztliche Ermessen leisten kann, wünschenswert erscheint. Je mehr der Arzt den Eindruck hat, daß die Kranke noch verhältnismäßig unberührt von den Einflüssen der Prostitution geblieben ist, und daß sie ein gefährdetes, aber guten Einflüssen noch zugängliches Individuum darstellt, um so mehr muß dafür gesorgt werden, daß sie von den Einwirkungen der gründlich verdorbenen Dirnen bewahrt bleibe. Aber auch der humanste und scharfsichtigste Arzt wird hier nichts leisten können, wenn er jene verschiedenen Persönlichkeiten, Gefährliche und Gefährdete, zusammensperren muß. Kleinere Räume in entsprechend großer Zahl werden jene Gruppierung überhaupt erst ermöglichen; sie bedeuten nur — unter rein praktisch-technischen Gesichtspunkten betrachtet — eine meist nicht zu bewältigende Erschwerung des Betriebes der Krankenhausabteilung, die Ueberwachung wird umständlicher u. dgl.

Die inskribierten Prostituierten stellen eine mehr homogene Schicht dar; bei ihnen wird man sich im allgemeinen ohne Reserve zu einer gemeinsamen Verpflegung auf großen Sälen entschließen können. Doch ergibt sich auch hier der Wunsch, jüngere Elemente, die der Prostitution erst kurz angehören und der Besserung fähig erscheinen, von den übrigen zu trennen. Die Idee einer prinzipiellen Absonderung aller Minorennen ist der besonderen Erwägung wert.

Die Möglichkeit der Durchführung der hier entwickelten Gedanken liegt vielfach noch in weiter Ferne. An vielen Orten ist für die Unterbringung der Prostituierten in den Spitälern überhaupt nur in der notdürftigsten Weise gesorgt. Daß man ihnen im allgemeinen die schlechtesten Räume zur Verfügung stellte, ist historisch wie psychologisch ebenso erklärlich, wie der Widerstand gegen die Schaffung neuer kostspieliger Einrichtungen, „die jenen verworfenen

Geschöpfen den Aufenthalt im Krankenhause eher zur Annehmlichkeit machen".

Wir müssen für die Einrichtungen der Prostituiertenabteilungen verlangen, daß sie alle modernen hygienischen Anforderungen erfüllen, daß sie an Wasch- und Badeeinrichtungen andere Krankenhausabteilungen eher übertreffen, daß, wenn irgend angängig, den Kranken die Möglichkeit verschafft werde, in einem besonderen Teile des Hospitalgartens frische Luft zu schöpfen; wenn ihnen weiter keine Bewegungsfreiheit eingeräumt werden kann, so muß im übrigen verlangt werden, daß wenigstens Kleidung und Verköstigung diejenigen des Krankenhauses und nicht diejenigen eines Gefängnisses seien.

Eine wesentliche Aufgabe des Krankenhauses liegt in der Erziehung der Dirnen zur Reinlichkeit und Sauberkeit. Das Spital soll keine „Prostituiertenschule" sein, aber es soll durch Belehrung und Hinweise, die im Rahmen der Behandlung erfolgen können, die Prostituierten darauf aufmerksam machen, wie sie durch Reinlichkeit sich selbst vor Infektionen zu schützen vermögen und wie sie durch dieselbe Sauberkeit auch ihre Klienten vor Ansteckung bewahren können. Wenn gerade die persönliche Sauberkeit der Prostituierten eine Menge gonorrhoische Uebertragungen vermeiden kann, so ist eine Schulung in dieser Beziehung am Platze.

Mehrfach hat man übertriebene Vorstellungen von einer gewissenhaften Mitwirkung der Prostituierten selbst im Dienste der hygienischen Ueberwachung geäußert. Die theoretische Konstruktion, die von den Prostituierten Einsicht, Gewissenhaftigkeit und geschäftliches Interesse in genügendem Maße voraussetzt, sie für die Ausführung jener Prinzipien bereit zu finden, läßt einen großen Bruchteil der Prostituierten aus dem Auge, die eine — man möchte sagen charakteristische — Gleichgültigkeit jeder Belehrung und Anleitung unzugänglich macht. Unglücklicherweise stellen gerade junge gefährdete und gefährliche Personen derartige Elemente dar, während man bei alten erfahrenen Geschäftsprostituierten selten auf Widerstand stößt.

Das soll aber den Versuch nicht hindern, in möglichst breitem Umfange gerade auch bei den jüngeren Prostituierten Belehrung und Erziehung zur Reinlichkeit zu versuchen.

Guiard, der für ein solches Vorgehen mit besonderem Nachdruck eintritt, verspricht sich davon eine weitgehende „Präventivimmunisierung" der Dirnen.

Es ist vorgeschlagen, daß die Prostituierten bei der Inskription eine Art hygienischer Belehrung erhalten sollen, über deren möglichen oder wünschenswerten Umfang recht sonderbare Aeußerungen vorliegen. So ist gesagt worden, es sollen den Prostituierten nicht nur Anleitungen zur persönlichen Sauberkeit erteilt werden, sondern man solle ihnen auch an Zeichnungen, Moulagen oder gar an Patienten die wesentlichen venerischen Krankheitsformen demonstrieren, damit sie genügend geschult würden, Krankheiten bei ihren Besuchern zu erkennen und die gefährlichen Männer zurückzuweisen, und damit sie Furcht vor der Infektion bekämen.

Die meisten der dem Krankenhause zugeführten Prostituierten fühlen sich weder krank, noch erfordert ihre Behandlung die anhaltende Bettruhe. Darum sind für die Prostituiertenabteilungen besondere Tages- und Aufenthaltsräume, vor allem auch besondere Arbeits- und Beschäftigungsräume zu verlangen. Es gilt nicht nur den Kranken,

die sich genügend kräftig zur Arbeit fühlen, eine Beschäftigung zu geben, damit sie ihre Zeit ausfüllen, sondern es soll vor allem das Interesse an regelmäßiger Arbeit in ihnen erweckt und gepflegt werden. Durch Beschäftigung mit weiblichen Handarbeiten, sei es für die Bedürfnisse des Krankenhauses, sei es für andere Bestellungen und durch eine Entlohnung für die geleistete Arbeit, durch eine nicht zu aufdringlich angelegte Erziehung zu Ordnung, Sauberkeit und nützlicher Tätigkeit kann, wie das glänzende Beispiel des Kopenhagener Vestre-Spitals zeigt, die Prostituiertenabteilung außer ihren ärztlichen Zwecken weitausschauende und segensreiche Aufgaben erfüllen. Es wird im großen und ganzen nicht nötig sein, die Mädchen zur Arbeit zu zwingen; die meisten ergreifen gerne die Gelegenheit, sich zu beschäftigen. Wo auf den Prostituiertenabteilungen die Unbotmäßigkeit der Kranken Schwierigkeiten schafft, wo es gar gelegentlich zu kleinen Revolten kommt, da bedenke man, daß es sich um Personen handelt, die ohne Krankheitsbewußtsein und nach Freiheit drängend, wochenlang unbeschäftigt und müßig hinter vergitterten Fenstern sitzen.

Eine Behandlung der Prostituierten in ihren Wohnungen, wie sie beispielsweise in Paris den Bordelldirnen als Ausgleich für die ihnen auferlegte häufigere Kontrolle zugestanden wird, ist aus prinzipiellen Gründen abzulehnen. Die Garantien, die bezüglich der Durchführung der Behandlung und gleichzeitigen Fernhaltung vom geschlechtlichen Verkehr gefordert werden müßten, sind hier nicht zu erfüllen.

Einige Angaben über Prostituiertenkrankenhäuser und ihre speziellen Einrichtungen mögen hier folgen.

Vorbildlich steht das Kopenhagener Vestre-Spital da, von dem JADASSOHN folgende Beschreibung gibt:

„Im Souterrain befinden sich Heizvorrichtungen, Aufnahmezimmer, Bäder für die Neuangekommenen, Keller etc. Im Parterre sind die Tageräume für alle diejenigen Patienten, welche nicht bettlägerig sind. Es sind das kleinere und größere, sehr freundliche Säle mit großen Tischen, an denen die Mädchen arbeiten, und mit einer Anzahl von Schränken, von denen jeder Patientin einer zur Aufbewahrung der für ihre Arbeit notwendigen Gegenstände überwiesen wird. In diesen Sälen sind Nähmaschinen aufgestellt, die jederzeit benutzt werden können und auf denen auch Unterricht im Nähen von seiten der Wärterinnen oder der Directricen erteilt wird. Es finden sich ferner in einzelnen dieser Säle Harmonien, und es ist eine Bibliothek vorhanden, welche schon jetzt sehr reichhaltig ist und in jedem Jahre beträchtlich vermehrt wird. Aus ihr erhalten die Patientinnen die Bücher in die Tageräume entliehen. Im ersten Stock sind die Schlafzimmer für die nicht-bettlägerigen Patientinnen, welche in einfacher, aber sehr sauberer freundlicher Weise ausgestattet sind. Im zweiten Stock befinden sich nur die eigentlichen Krankenzimmer für die Patientinnen, welche bettlägerig sind. Im dritten Stock endlich sind die Räume für die ärztliche Behandlung, für wissenschaftliche Untersuchungen, Instrumente etc.

In dem ganzen Hospital ist für Reinlichkeit in ganz besonders vorzüglicher Weise gesorgt. Die Waschzimmer, welche jeder Abteilung beigegeben sind, sind mit einer Anzahl von Waschtischen, mit Sitz- und Vollbädern versehen und würden jedem allgemeinen Krankenhause zur Zierde gereichen. Zwei für die beiden Abteilungen bestimmte, vollständig getrennte Gärten dienen zu dem recht reichlich bemessenen Aufenthalt im Freien. Die Aufsicht wird von weltlichen Wärterinnen besorgt; die Oberaufsicht haben die Inspectricen, Damen aus den besseren Ständen, welche ihre mühevolle Aufgabe mit Hingebung erfüllen und zweifellos mehr Autorität haben und mehr leisten, als das aus den niedersten Ständen hervorgegangene Personal, das bei uns auf diesen Stationen allein vertreten ist. Die Patientinnen, welche nicht bettlägerig sind, sind durch die Hausordnung gezwungen, zu arbeiten. Sie können entweder Handarbeiten für sich selbst anfertigen, und dann sind die Angestellten berechtigt und verpflichtet, ihnen das notwendige Material zu besorgen, oder sie arbeiten für die Anstalt, besorgen Wirtschaftsgeschäfte, nähen, sticken, stricken etc. und werden für alle diese Arbeiten von der Hospitalverwaltung bezahlt.

Ihren Verdienst erhalten sie bei der Entlassung. Eine sehr praktische Hausordnung regelt die Zeiteinteilung:

6 Uhr: Aufstehen und Ordnung der Betten.
$6^1/_4$ Uhr: Waschen, Duschen etc.
$6^3/_4$ bis $7^1/_2$ Uhr: Frühstück.
7 Uhr: Beginn der Reinigung der verschiedenen Zimmer.
$7^1/_2$ bis 8 Uhr: Im Sommer Aufenthalt im Garten, im Winter in den Tageräumen.
$8^1/_2$ bis 11 Uhr: Visite, Frühstück und Aufenthalt im Garten oder in den Korridoren.
11 bis 1 Uhr: Beschäftigung auf den Stuben.
1 bis 2 Uhr: Mittagessen.
2 bis 6 Uhr: Beschäftigung auf den Stuben, Aufenthalt in freier Luft oder auf den Korridoren, Duschen, Verbände.
6 bis 7 Uhr: Visite.
7 Uhr: Abendmahlzeit.
$7^1/_2$ bis $8^1/_2$ Uhr: Freie Zeit.
$8^1/_2$ Uhr: Bettzeit.

Der Oberarzt der Anstalt hat das Recht, bei Verstößen wider die Hausordnung disziplinarische Strafen eintreten zu lassen, für deren Abbüßung isolierte Räume vorhanden sind. Aber nach dem, was mir Herr Professor Bergh mitteilt, ist er nur ganz ausnahmsweise genötigt, zu solchen Zwangsmaßregeln seine Zuflucht zu nehmen.

Ich brauche nicht hervorzuheben, daß sowohl die Beköstigung wie die rein medizinische Einrichtung dieses Hospitals, bei welch letzterm die Sonderung des ganzen Instrumentariums in solches für Syphilitische und solches für Nicht-Syphilitische besonders zu erwähnen ist, allen Anforderungen der modernen Krankenpflege entspricht."

Schon die großen Kosten stehen einer allgemeinen weiteren Verwertung dieses Musters entgegen (schon im Eröffnungsjahre 1886 betrug das Budget des Spitals 72883 Kronen). Aber zum mindesten das glänzende Prinzip der Sorge für eine regelmäßige Beschäftigung der Patientinnen sollte allgemein angenommen werden.

St. Lazare, das Hospital für die inskribierten Prostituierten von Paris und für die polizeilich Aufgegriffenen, ist in einem Gefängnis untergebracht und hat sich schon deshalb alle möglichen schweren Anfeindungen zugezogen. Es ist ein altes Haus, dessen Einrichtungen eine strenge Scheidung zwischen der eigentlichen und der geheimen Prostitution nicht ermöglichen. Werkstätten, in denen die Kranken arbeiten können, soweit sie nicht bettlägerig sind, stehen zur Verfügung.

Stockholm besitzt ein Spezialkrankenhaus mit 100 Betten für eingeschriebene Prostituierte.

In St. Petersburg dient das Kalinkinspital der Behandlung der Prostituierten. Eine Besonderheit zeigt Nishni Nowgorod darin, daß alljährlich zur Zeit der großen Messe ein besonderes Hospital für die Jahrmarktsprostitution eröffnet wird.

In manchen deutschen Mittelstädten ist es noch unmöglich, die Prostituierten am Orte selbst zu behandeln, so daß sie in benachbarte Städte verbracht werden müssen. In großen Städten war oft über den Platzmangel auf den Prostituiertenabteilungen zu klagen. Es sei nur an die Beschwerden Lessers erinnert, daß 1891/92 wiederholte geschlechtskranke Prostituierte in Berlin wegen Platzmangels nicht ins Krankenhaus aufgenommen werden konnten und frei in die Stadt entlassen werden mußten. Derselbe Platzmangel führte auch notgedrungen zur vorzeitigen Entlassung Ungeheilter aus dem Krankenhause.

Die Eröffnung einer Prostituiertenabteilung außerhalb der Charité hat dann dem größten Mangel abgeholfen.

Im allgemeinen findet sich in der letzten Zeit das Bestreben, bei Krankenhausneubauten auch für die Prostituiertenabteilungen Mustergültiges zu schaffen (Kiel, München und andere Orte).

Von größter Wichtigkeit für die Durchführung ihrer Aufgaben wird der Prostituiertenabteilung die Wahl der geeigneten Pflegerinnen. Sie stößt im allgemeinen auf größere Schwierigkeiten als bei irgend welchen anderen Kranken. Und doch bedarf es gerade hier Pflegerinnen, die sich durch vollkommenen Ernst der Lebensauffassung ohne abstoßende Härte und Strenge auszeichnen, die den „gefallenen Mädchen" nicht mit verdammender Verachtung, sondern dem liebevollen Drang zu helfen entgegenkommen und die zugleich die seltene Geschicklichkeit besitzen, ihre erzieherischen Absichten unaufdringlich ins Werk zu setzen.

Das Krankenhaus kann und will Rettungsversuchen der Prostituierten zweckmäßig vorarbeiten. Daß daher die Prostituiertenabteilungen der Krankenhäuser geistlichen und humanitären Einflüssen, wie denjenigen der Frauenvereine, ihre Pforten zu öffnen haben, ist selbstverständlich Verpflichtung. Aber der Hinweis ist nicht zu unterdrücken, daß die Versuche einer Einwirkung auf die Prostituierten durch rein ethische Mittel nur kümmerliche Früchte zeitigten; und das tiefe Interesse, das gerade die Frauenwelt in den letzten Jahren den Lebensschicksalen der Prostituierten zeigt, und der heiligste Wille zu helfen, führen zu keinen Erfolgen, wenn nicht die praktisch-werktätige Hilfe eingreift, und wenn nicht die tatsächliche Erziehung zur Arbeit in den Vordergrund tritt. Man vergißt zu leicht, daß die Prostituierten zum großen Teil eigenartige Persönlichkeiten darstellen, die nicht durch Mitgefühl und Wohlwollen allein zu beeinflussen sind, deren guter Wille nur zu leicht durch die Macht der Gegenimpulse besiegt wird, und auf die dauernden Einfluß zu gewinnen solchen vorbehalten bleibt, die ihre Mittel und Wege eben jener Eigenart anzupassen wissen. Der Mißerfolg der Magdalenenasyle und ähnlicher Institutionen in den verschiedensten Ländern lehrt, daß der Erreichung eines edlen Zieles zum mindesten eine falsche Wahl der Mittel hindernd mit im Wege steht. Weder unsere deutschen Rettungshäuser evangelischer Konfession, noch die katholischen „Klöster zum guten Hirten" haben bei ihren Pfleglingen und „Büßerinnen" viel erreicht; dieselben Erfahrungen liegen aus dem Auslande vor.

Eine beachtenswerte Einrichtung besteht in London. In den vereinigten Königreichen existieren zwar 284 Institutionen, die den Zweck haben, Prostituierte wieder für ein anständiges Leben zu gewinnen, und die 1901/02 19550 Prostituierte in ihren Schutz nahmen; aber diese Anstalten weisen kranke Personen zurück. Nun ist dem Londoner Lock-Hospital, dem einzigen Spezialkrankenhaus der Stadt für venerische Affektionen, eine „Rescue Home" angegliedert worden, das kurierte Prostituierte für die Dauer von 12—18 Monaten aufnimmt und im Nähen, Waschen, in Haushaltungsarbeiten u. s. w. unterrichtet. Während des Aufenthaltes kann die Behandlung fortgesetzt werden; es finden periodische ärztliche Visiten statt. Eine solche Anstalt kann sich bis zu einem gewissen Grade aus eigenen Mitteln erhalten; die Wäscherei allein brachte in einem Jahre 810 £ ein. Die jährliche Aufnahmezahl beträgt leider nur 50 Kranke, die später in ordentlichen Stellen untergebracht werden (Lane).

Diese Institution verwirklicht in ihrer Art das Ziel, das Prostituiertenasyle in erster Linie befolgen müßten: soziale Hilfsgelegen-

heiten zu sein, die ohne weitere Zwangsmaßregeln eine Durchführung der notwendigen hygienischen Maßnahmen gestatteten. Allerdings würde wohl nur ein kleiner Bruchteil der Prostituierten die Hilfe in dieser Form annehmen wollen, und gerade für jene Elemente, die ernsthaft geordneten Arbeitsverhältnissen zustreben, dürfte die lange dauernde Asylierung überflüssig bleiben.

Man kann die Behauptung hören, eine vollkommene Ausgestaltung der Prostituiertenüberwachung hänge einzig und allein von der Kostenfrage ab. Dieser Standpunkt kann nicht unbestritten bleiben; aber sicherlich lassen sich die hygienischen Forderungen mit den bisher aufgewandten Mitteln unter keinen Umständen bestreiten.

Die Ausgaben für die Prostituiertenüberwachung haben sich je nach der Zahl der Inskribierten, der Häufigkeit und dem Modus der Untersuchung und vor allem nach der Handhabung der Behandlung sehr verschieden gestaltet. Nach allem früher Gesagten ist klar, daß die Einführung der Gonokokkenuntersuchung bei der Kontrolle die Hospitalisierungskosten wesentlich in die Höhe trieb.

So stieg in Stuttgart die Ausgabe für die Krankenhausbehandlung der Prostituierten von

	M.	3 900	im	Jahre	1893/94
auf	„	6 600	„	„	1894/95
und	„	13 500	„	„	1895/96

Bei der verschiedenen Höhe der Verpflegungssätze in den einzelnen Krankenhäusern ist es nicht möglich, eine halbwegs genaue Berechnung der Gesamtausgaben zu geben, welche die Hospitalisierung der Prostituierten verursacht. Wir glauben nicht, daß die Einrichtung ambulanter Behandlung, soweit wir sie im Anschluß an die Kontrollvisiten für zulässig halten, eine wesentliche Ersparung an Hospitalisierungskosten bringen wird.

Immerhin dürfte sie genügen, um die Mehrausgabe für diese Neueinrichtung auszugleichen.

Für die Kosten der fortlaufenden Untersuchungen sind ebenfalls keine genauen Zahlenangaben möglich. Je nach den örtlichen Voraussetzungen müssen die Kosten für Neuanschaffungen wie für die fortlaufenden Ausgaben wechseln. Es handelt sich vor allem darum, wie weit die Untersuchungslokalitäten, die zur Verfügung stehen, von vornherein die nötigen Einrichtungen besitzen, ob eine genügende Zahl von Mikroskopen zur Verfügung steht u. s. w. Für die fortlaufenden Ausgaben kommt besonders die Lokalmiete, die Bezahlung der Aerzte und der Bedienung u. s. w. in Frage. Der regelmäßige Verbrauch von Materialien (Desinfizientien, Farblösungen, Holzspateln u. dgl.) fällt nicht wesentlich ins Gewicht.

Kollm hat 1896 berechnet, daß die Einführung der regelmäßigen Gonokokkenuntersuchung in Berlin eine einmalige Ausgabe von 4000 M. und eine jährliche Mehrausgabe von 19000 M. bedeuten würde. Mit der größeren Zahl der aufgedeckten Tripperfälle wachsen aber weiterhin die Krankenhauskosten beträchtlich.

Wie sind nun die Kosten der Prostituiertenüberwachung aufzubringen?

Der Staat übernimmt bei uns die Kosten der Kontrolluntersuchungen als diejenigen eines unmittelbaren Aktes der Polizeigewalt.

Die Zwangsbehandlung dagegen stellt einen mittelbaren Akt der Polizeigewalt dar, d. h. „sie liegt in der Ausführung dessen, was kraft der Polizeigewalt angeordnet ist“; die Kosten für derartige Akte sind aber von den Kommunen zu tragen.

Sollen nun aber nicht die Prostituierten selbst zu den Kosten herangezogen werden? Man hat versucht, dahingehende Forderungen damit zu begründen, daß ja die Untersuchung und Behandlung den Dirnen zu gute käme, und daß die pekuniäre Leistung, die dafür gefordert würde, den in einträglichem Betriebe stehenden Dirnen nicht schwer fallen könne. Man vergesse aber nicht, welche Verschärfung der Reglementierung es bedeutet, wenn die Prostituierten auch noch die Kosten des ihnen auferlegten Zwanges tragen sollen. Sollen Abgaben von den Prostituierten erhoben werden, so wird aber auch neben der Höhe derselben und der Art ihrer Eintreibung besonders die Verwendung in Betracht zu ziehen sein.

Daß etwa die Prostituierte im Einzelfalle die Behandlungskosten selbst tragen solle, ist ein ebenso unfruchtbares wie ungerechtes Verlangen.

Die Spitalskosten machen in den meisten Fällen (cf. die durchschnittliche Behandlungsdauer) eine immerhin beträchtliche Summe aus. Dabei handelt es sich um eine Zwangsmaßregelung; die Prostituierte ist nicht in ihrem eigenen nächsten Interesse, sondern um der Allgemeinheit ein Opfer zu bringen, zum Spitalsaufenthalt genötigt. Dem Arzte ist es bei selbstzahlenden und deshalb besonders zur Entlassung drängenden Kranken besonders erschwert, genügend lange Behandlungsfristen durchzuführen. Kann die Patientin bei der Entlassung die Kosten nicht erlegen, und wird der Versuch gemacht, diese hinterher einzutreiben, so liegt darin ein moralisch ungünstiger Einfluß und ein erschwerendes Moment, das die Dirne in der Prostitution festhalten kann, „sie muß für das Spital Geld verdienen“. Dabei ist man meist von der Aussichtslosigkeit, die Forderung einzutreiben, überzeugt, und die Nachfragen erfolgen nur aus formellen Gründen. Man muß sich sogar fragen, ob selbst bei zahlungsfähigen Prostituierten nicht von jeder direkten Eintreibung der Behandlungskosten abzusehen wäre. Die Dirne, die über gewisse Geldmittel verfügt, kann leichter aus der Prostitution ausscheiden.

Tatsächlich haben sich von den 18417 M., welche die Verpflegungskosten der Breslauer Prostituierten im Jahre 1881/82 betrugen, im ganzen 430,05 M. eintreiben lassen!

In der preußischen Monarchie sind 1899 allerdings von 5489 in den Krankenhäusern behandelten Prostituierten 236 auf eigene Kosten verpflegt worden (in Berlin eine einzige!).

Es ist ein unerfreulicher Circulus vitiosus, wenn man die Prostituierten unter behördlicher Aufsicht ihr Gewerbe treiben läßt, um sie im Momente der Erkrankung abzufangen und die etwa von ihnen gesammelten Ersparnisse für die Behandlung wieder einzuziehen. Man vergesse dabei nicht, daß der Krankenhausaufenthalt für die Prostituierte nicht nur eine Unterbindung ihres Einkommens, sondern zugleich eine Last von Ausgaben bedeutet, indem die Dirnen, um ihre Wohnungen nicht zu verlieren, dem Vermieter unverhältnismäßig hohe „Pensionspreise“ weiter bezahlen.

Dagegen ist in manchen Städten von den Prostituierten eine direkte Bezahlung für jede einzelne Kontrolluntersuchung erhoben

worden. Hierbei handelt es sich nur um pekuniäre Einzelleistungen von bescheidener Höhe, die wohl von einem Teil der Prostituierten fortlaufend ohne Schwierigkeit aufgebracht werden können. Wegen Nichtbezahlenkönnens oder Nichtbezahlenwollens dürfte natürlich die Untersuchung nicht unterbleiben, und es wäre durchaus verfehlt, etwa die spätere Eintreibung der Abgaben durchsetzen zu wollen.

Im allgemeinen wird sich herausstellen, daß die Prostituierten selbst jene Abgabe gerne entrichten. Das wird besonders dann der Fall sein, wenn sich die Prostituierte durch die Bezahlung gewisse Vorteile sichert. Man hat den Zahlenden mancherorts allerlei Vergünstigungen den Nichtzahlenden gegenüber eingeräumt, so besonders die Vornahme der Kontrollvisite nicht im offiziellen Untersuchungslokale, sondern in der Wohnung des Arztes oder der Prostituierten.

Wir haben uns schon darüber geäußert, daß dieser Untersuchungsmodus nicht gutzuheißen ist. Es dürfte sich höchstens darum handeln, daß in Städten, in denen die Kontrolluntersuchungen ausschließlich in einem besonderen Untersuchungslokale stattfinden, den zahlenden Prostituierten gewisse besondere „bessere" Tage oder Untersuchungsstunden angesetzt werden.

Unter keinen Umständen halte ich es für zulässig, daß die Bezahlung direkt an den Arzt erfolgt. Die Honorierung des Sittenarztes hat überhaupt nicht nach der Einzelleistung stattzufinden. Auch liegt es im eigensten Interesse des Sittenarztes, daß er unter allen Umständen vor der Verdächtigung geschützt bleibt, daß etwa den zahlungsfähigen Prostituierten gegenüber eine gewisse Indulgenz und schlaffere Kontrolle einreißen könne.

Hält man die regelmäßige Einziehung von Beiträgen für die Zwecke der Kontrolle überhaupt für tunlich, so sollten dieselben außerhalb der Visiten erhoben werden; am besten wäre es dann, sie zu bestimmten Zeiten durch besondere Kassenangestellte in den Wohnungen der Prostituierten abholen zu lassen.

Es würde sich also um die Gründung von Prostituiertenkassen handeln, die aus jenen Beiträgen zu erhalten wären.

Die Höhe der Abgabe soll keine pekuniäre Belastung für die Prostituierte bedeuten. Am meisten verbreitet ist der Modus, daß von den Dirnen bei jeder einzelnen Untersuchung eine Taxe erhoben wird, deren Betrag im allgemeinen zwischen 50 Pfg. und 1 M. schwankt.

Es hängt von der Zahl der Kontrolldirnen ab, ob die Gesamtsumme zur Bestreitung der Untersuchungskosten ausreicht, oder ob etwa gar ein Ueberschuß zu erzielen wäre, der in irgend welcher Weise wieder den Prostituierten zu gute kommen könnte. Im allgemeinen würde man ihn für die Behandlungskosten mitzuverwenden haben.

Tatsächlich sind Versuche derartiger Einrichtungen in manchen Städten, z. B. in Leipzig, getroffen worden. Schon das Berliner Bordellreglement vom Jahre 1792 spricht von einer besonderen „Huren-Heilungskasse". Es wird in den meisten Städten fraglich bleiben, ob bei einer mäßigen Höhe der wöchentlichen Beiträge, die unter keinen Umständen überschritten werden dürfte, sich Summen ergeben, die für die Behandlungskosten der Prostituierten ausreichten.

Es ist wohl überflüssig nochmals hervorzuheben, daß zunächst eine solche Kasse nichts weiter sein soll als ein Mittel, die Zwangs-

behandlung der Prostituierten im Krankenhaus innerhalb des Rahmens der jetzigen Reglementierung zu erleichtern. Ich teile durchaus nicht die Hoffnungen ZEPLERS, der sich die Idee einer obligatorischen Krankenversicherung als Ausgangspunkt einer weitgehenden Reform der Prostituiertenüberwachung denkt. Den Gedanken, daß man die versicherte — und damit zur offiziellen Prostituierten gestempelte Dirne — auch außerhalb der Krankenhäuser, vielleicht sogar in besonderen Zimmern der zu „Pensionaten" umgewandelten Bordelle behandeln könnte, daß ihnen die Arztwahl freigestellt sei, daß die Kasse der Dirne während der Erwerbsunfähigkeit außer der freien Behandlung womöglich noch weitere Subsistenzmittel gewähren soll, damit sie nicht in die Notwendigkeit käme, sich nach ihrer Wiederherstellung wieder übermäßig zu prostituieren, dies sind nur einige Punkte des Systems, auf deren Kritik ich hier nicht im Zusammenhang eingehen will. ZEPLER schätzt vor allem die eminente Gefahr, daß die kranke Prostituierte, der man die Krankenunterstützung gewährte, trotzdem ihr Gewerbe weitertreibt, augenscheinlich nicht allzu hoch ein.

Ernstlich zu erwägen wäre auch, wieweit die Kosten für die Prostituiertenbehandlung nicht etwa durch spezielle Prostituiertenkassen, sondern durch den Eintritt der Prostituierten in betehendes allgemein organisierte Kassen gedeckt werden könnten. Dabei kommt nun vor allem das wesentlich größere gesundheitliche Risiko jener Personen in Betracht, für das auch höhere Beiträge gezahlt werden müßten. Die Kommunen könnten aber wohl den Versuch machen, die eingeschriebenen Prostituierten ihren Gemeindekrankenversicherungen zu unterstellen.

Nicht weiter empfehlen möchte ich, die Beiträge unter den Prostituierten wieder abzustufen je nach der „Klasse" der Prostituierten, ihrem Alter, der Dauer der Zugehörigkeit zur Prostitution, dem Gesundheitszustand, i. e. der Art und Zahl der bereits überstandenen venerischen Krankheiten. Diejenigen, welche das größte Risiko laufen (die jüngsten), werden durchaus nicht im stande sein, die höchste Versicherungsprämie zu zahlen. Wo Bordelle als offiziell anerkannte Einrichtungen bestehen oder bestanden, sind die Bordellwirte in verschiedenem Umfange für die Kosten der Prostituiertenüberwachung herangezogen worden.

So findet sich im Brüsseler Bordellreglement von 1857 die Bestimmung, daß die Bordellinhaber eine Abgabe zu entrichten haben, deren Erträgnis die Kosten der sanitären Maßnahmen decken soll.

Diese Abgabe — im voraus an den kommunalen Steuererheber zu entrichten — wird folgendermaßen festgestellt:

Häuser	I. Klasse	1— 5	Mädchen	100 frcs.	monatlich
		6—10	„	150 „	„
		für je 5 weitere Mädchen 50 frcs. mehr			
„	II. „	1— 5	Mädchen	50 frcs.	monatlich
		6—10	„	75 „	„
		für je 5 weitere Mädchen 25 frcs. mehr			
„	III. „	1— 5	Mädchen	25 frcs.	monatlich
		6—10	„	37—50 „	„
		u. s. w.		12—25 „	„

Um zu verhüten, daß die Bordellwirte derartige Abgaben wiederum von den Dirnen eintreiben, müßte man etwa von den Besuchern der Bordelle direkt eine Abgabe erheben. Unzweifelhaft kämen auf diese Weise große Summen zusammen (Bienenstock). Die praktische

Durchführung dieses Prinzips stößt aber auf unüberwindliche Schwierigkeiten.

In Serbien wird die Hospitalbehandlung der Prostituierten aus einer Kasse bestritten, in welche fließen:

Die Hälfte der Taxen für die regelmäßige Untersuchung der Prostituierten (die andere Hälfte fällt dem Untersuchungsarzte zu), die Geldstrafen, die wegen Ueberschreitung des Reglements verhängt werden, die Taxe, die für Eröffnung und — halbjährlich — für die Haltung eines Bordells erhoben wird.

Die Behandlung der Prostituierten bleibt für die Ueberzahl der Fälle ein Akt der öffentlichen Armenpflege. Der Gemeinde, in der die Behandlung stattfindet, steht dabei der Rekurs an die Heimatgemeinde der Prostituierten zu. Wenn wir in einem früheren Kapitel uns der Forderung angeschlossen haben, daß von einem solchen Rekurs ganz allgemein bei den Geschlechtskranken Abstand genommen werden solle, so erscheint uns dieses Verlangen speziell bei den Prostituierten gerechtfertigt. Im Auslande ist diese Forderung ja zum Teil bereits allgemein erfüllt.

Der Versuch, die Behandlungskosten auf die Heimatgemeinden der Prostituierten abzuwälzen, hat unter Umständen eine schwere Schädigung der Kranken zur Folge.

Der Ausführung erwachsen da Schwierigkeiten, wo es sich um kleine und arme Gemeinden handelt. Vor allem wird daheim allgemein bekannt, welches Leben das Mädchen führt, und damit ist ihr oft genug die Rückkehr in die häuslichen Verhältnisse unmöglich gemacht; schon dadurch bleibt sie vielleicht der Prostitution verfallen. Andererseits belehrt uns Jesionek, wie beispielsweise in München Prostituierte ungeheilt aus dem Krankenhause entlassen werden müssen, weil die heimatliche Gemeinde die Patientin der Kostenersparnis wegen unter die eigene Obhut nehmen will, die sie nicht genügend durchführen kann. Jesionek betont, daß aus demselben Grunde auch von den nicht-inskribierten, polizeilich eingewiesenen Dirnen ein sehr wesentlicher Bruchteil das Krankenhaus ungeheilt und ansteckungsfähig verläßt. Hierüber gibt die folgende tabellarische Zusammenstellung Jesioneks eine recht unerfreuliche Auskunft.

Aus der polizeilichen Abteilung des Krankenhauses wurden entlassen:

	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901
geheilt	139	207	288	233	248	236	251	283
ungeheilt, ansteckungsfähig	159	206	150	91	160	113	117	168
Proz.	53	50	34	28	39	33	32	37

Die Uebernahme der Behandlungskosten durch die Gemeinde des Kontrollortes bleibt demnach die praktisch günstigste und rücksichtsvollste Lösung. Die Städte werden diese Belastung ihres Budgets gewiß vertragen können. Sie leisten damit auch dem Prinzip Genüge, das die Wohltat jenes Eintretens nicht auf die Prostituierten beschränken will. Es scheint darüber hinaus berechtigt, daß die Städte sich auch an den Kosten für die Kontroll*untersuchungen* beteiligen, sobald dieselben zugleich den Charakter von poliklinischen Behandlungsinstanzen gewinnen und damit eine gewisse Einschränkung der Hospitalisierungsnotwendigkeiten herbeiführen.

Prostituiertenasyle in irgend welcher Form und jedem Umfange wären auf direkte Staatshilfe angewiesen. Sie böten aber vor allem auch Gelegenheit für privates werktätiges Eingreifen. Ein Appell an private Wohltätigkeit, um mit ihrer Hilfe die fortlaufende Ueberwachung der gewerbsmäßigen Prostituierten besser durchzuführen, ist dagegen nur zu bekämpfen.

In Rußland hat man den interessanten Versuch der Einrichtung besonderer Prostituiertensparkassen gemacht, ausgehend von der Erfahrung, daß die Prostituierten selbst in der Regel doch nicht im stande seien, Ersparnisse festzuhalten. Das Prinzip, daß die Behörde für hilfsbedürftige Personen eintreten solle, die nicht selbst für sich sorgen können, erfährt so eine eigenartige Anwendung. Im Gouvernement Minsk wird jeder Prostituierten ein Viertel ihrer Gesamteinnahme in einem besonderen Kassenbuche gutgeschrieben (GRAZIANOFF). Auszahlung soll nur erfolgen beim Eintritt in eine anständige Erwerbsstellung, bei Verheiratung oder bei schwerer Erkrankung. Der Gedanke, daß sich die Behörden um die Erwerbsverhältnisse der Prostituierten kümmern sollen, dürfte im westlichen Europa vielen als ungeheuerlich erscheinen. ZEPLERS Vorschläge einer obligatorischen Prostituiertenkasse zielen allerdings auch darauf ab, daß diese Organisation als Sparkasse dienen solle.

Inskription, Kontinuität und Fluktuation.

Wenn unsere Darstellung den Standpunkt vertreten hat, daß die Prostituiertenüberwachung, die den früher entwickelten Prinzipien folgt, für die einzelne ihr unterstellte Prostituierte hygienische Garantien bietet, so galt uns stillschweigend eine Voraussetzung, welche die Praxis nur in beschränktem Umfange erfüllt. Die Leistungen der Kontrolle sind abhängig von der Kontinuität der Beobachtung. Es sei nur nochmals daran erinnert, daß es bei der Syphilis von wesentlicher Bedeutung ist, in jedem gegebenen Momente die Vorgeschichte der Patientin zu kennen und daß bei der Gonorrhöe die fortlaufende Häufung der Untersuchungen die Unzuverlässigkeit des Einzelbefundes korrigieren muß. Im Interesse dieser Kontinuität ist eine genauere Registrierung der Untersuchungsergebnisse zu fordern, die sonst vielleicht für die allernächsten praktischen Zwecke als übertrieben gelten könnte; sie erweist sich schon von Bedeutung, wenn in der fortlaufenden Kontrolle ein Wechsel des Arztes eintritt.

Auch bei der Ueberweisung in ein Krankenhaus und bei der Rückverweisung unter Kontrolle muß für den engeren Zusammenhang gesorgt werden. Die erleichterte Genauigkeit der Krankenhausuntersuchung kann mancherlei Erscheinungen aufdecken, welche die Kontrolle übersah; dem Krankenhausarzte gelingt es manchmal, wichtige Punkte aus der Vorgeschichte der Patientin zu erfahren, die sie bei der Kontrolle zu verschweigen für rätlich hielt; diagnostisch schwierige und zweifelhafte Fälle sollen überhaupt erst im Krankenhaus geklärt werden; manchmal muß dort eine Diagnose überhaupt umgestoßen werden.

Wir fanden in einer umständlicheren Registrierung das Mittel, den notwendigen Zusammenhang zwischen Kontroll- und Behandlungsinstanz zu erhalten. Wichtiger wäre der persönliche Konnex.

Der preußische Ministerialerlaß vom 14. April 1900 enthält in dieser Beziehung sachgemäße Bestimmungen. Nur wird tatsächlich der Kontrollarzt selten von der Befugnis Gebrauch machen, die Prostituierten im Krankenhaus mitzubeobachten; regelmäßige Besuche des Sittenarztes auf den Prostituiertenabteilungen sind eben in den meisten Städten schon aus äußerlichen, zeitlichen Schwierigkeiten nicht möglich; sie könnten auch leicht seitens des Krankenhausarztes als eine Art unerwünschter und unberechtigter Kontrolle aufgefaßt werden. Unter allen Umständen ist es das beste, wenn Untersuchung und Behandlung der Prostituierten einheitlich in dieselben Hände gelegt werden kann. In großen Städten wäre deshalb dem Direktor des Krankenhauses eine leitende Stellung bei der Kontrolle einzuräumen. Die Krankenhausassistenten könnten wertvolle und billige Hilfskräfte für die Ausführung der Untersuchungen darstellen.

Die Ministerialverfügung vom Jahre 1900 will auch dafür sorgen, daß bei Prostituierten, die sich temporär nicht zur regelmäßigen Untersuchung einstellen, die fortdauernde Ueberwachung gewahrt bleibt.

Handelt es sich aber soweit um mehr untergeordnete und regulierbare Punkte der hygienischen Ueberwachung, so tritt als dominierend die Tatsache in den Vordergrund, daß ein großer Bruchteil der Prostituierten viel zu kurze Zeit der Kontrolle in einer bestimmten Stadt unterstellt ist, als daß die Kontinuität der ärztlichen Ueberwachung gewahrt bliebe. Zwar gibt es in manchen Großstädten Prostituierte, die 25 Jahre und länger ihrem Gewerbe unter polizeilicher Aufsicht nachgehen und dabei ein Alter von 60 Jahren und mehr erreicht haben! Aber die Menge derer, die nur kurze Zeit unter der Kontrolle steht, überwiegt bedeutend.

Von den im Jahre 1886 in Breslau neuinskribierten Dirnen blieben unter Kontrolle:

im I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII. Jahre
147	94	80	64	55	49	43	31	26	20	21	19

Reinskribiert wurden im Laufe dieser 12 Jahre 4 Personen! Von den im Jahre 1894 Neuinskribierten

		waren im II.	III.	IV.	V. Jahre
	105	86	69	58	52 noch kontrolliert Reinskription 1!
1895:	134	102	90	75	„ 1!

In Stockholm stehen

17,5 Proz. der Prostituierten weniger als 1 Jahr unter Kontrolle
18,8 „ „ „ 1—3 Jahre „ „
10,0 „ „ „ 3—5 „ „ „

Dabei handelt es sich nicht einmal um eine ununterbrochene Ueberwachung während dieser Zeit, sondern es sind diejenigen miteingerechnet, die zeitweise aus der Kontrolle ausgeschieden und wieder eingestellt waren.

Als Gründe für die Streichung kommen verschiedene Gruppen von Voraussetzungen in Betracht:

1) Tod (Ermordung, Selbstmord!);

2) Rückkehr in die Obhut der Eltern oder des Vormundes, Aufnahme in eine Wohltätigkeitsanstalt, Eintritt in eine Dienst- und Arbeitsstellung, Verheiratung, Verurteilung zu längerer Freiheitsstrafe;

3) Wegzug vom Kontrollort, Entweichen aus der Kontrolle.

Leider figuriert die Rückkehr zu einem anständigen Erwerbe nur verhältnismäßig sehr selten unter den Gründen des Austritts aus der Kontrolle. Dabei bedeutet noch vielfach der Eintritt in eine Erwerbsstellung keineswegs den Austritt aus der gewerbsmäßigen Prostitution, sondern er soll nur als Deckmantel für eine unkontrollierte Fortsetzung des schändlichen Gewerbes dienen. Vom hygienischen Standpunkte aus bleibt es bedauerlich, daß bei Kranken, speziell jenen im Sekundärstadium der Syphilis, die auf solche Weise die Kontrolle verlassen, nicht wenigstens die Möglichkeit der Fortdauer einer medizinischen Ueberwachung besteht.

Sie schiene am Platze auch dann, wenn die Patientin unter Lebensbedingungen träte, unter denen eine Weiterverbreitung ihrer Krankheit nicht wesentlich in Frage käme. Aber man hat sich davor zu hüten, der Prostituierten, der man den Wiedereintritt in das anständige Erwerbsleben sichern möchte, Auflagen zu machen, die sie wieder aus der einmal gewonnenen Stellung vertreiben könnten. Jede polizeiliche Kontrollierung vor allem, die Verdacht in der neuen Umgebung der Patientin erwecken könnte, müßte, auch wenn sie in diskretester Form geschähe, gänzlich vermieden werden; und man wird deshalb lieber auf irgend welche Einmischung verzichten und von dem guten Willen der Kranken erwarten, daß sie sich der nötigen Behandlung freiwillig unterziehen. Für eine rein ärztliche Kontrolle könnte nur eine Gesundheitsbehörde in Frage kommen, die etwa jene Patientinnen bestimmten Polikliniken zuwiese, und sich jeder weiteren Einmischung enthielte, solange die Kranke den dort empfangenen Anordnungen folgt. Würde sie nun aber bei Vernachlässigungen seitens der Kranken in irgend welcher Form eingreifen, so bedeutete das wiederum einen Zwang, den man den Nichtprostituierten gegenüber nicht gutheißen wird.

Speziell ausländische Statistiken (Ehlers-Kopenhagen, Welander-Stockholm) verweisen auf eine relative Häufigkeit der Verheiratungen Prostituierter. Von 2073 Stockholmer Inskribierten konnten 101 deshalb aus den Listen gestrichen werden.

Von diesen waren	Anzahl	Dauer	
	6	weniger als 1	Jahr inskribiert
	13	1— 2	Jahre inskribiert
	11	2— 3	„ „
	13	3— 4	„ „
	14	4— 5	„ „
	31	5—10	„ „
	10	11—15	„ „
	1	16	„ „
	1	18	„ „
	1	21	„ „

Die Prostituierten, die auf diese Weise aus der Kontrolle ausscheiden, sind also vorwiegend solche, die längere Zeit inskribiert waren und als ansteckungsgefährlich kaum mehr in Betracht kommen.

Den wesentlichsten Bruchteil der Dirnen, die aus den Listen gestrichen werden, machen diejenigen aus, die entweder heimlich verschwinden oder erklären, sie wollten den Aufenthaltsort wechseln. Nur

ein geringer Teil von ihnen kommt zur Reinskription, sei es in derselben Stadt, sei es an einem anderen Ort.

Die Gründe, welche die Prostituierten veranlassen, der Reglementierung aus dem Wege zu gehen, oder sich ihr, wenn sie einmal inskribiert worden waren, nach Möglichkeit wieder zu entziehen, werden uns noch im Zusammenhange beschäftigen. Wichtig ist es, von vornherein hervorzuheben, daß es gerade kranke Prostituierte sind, die durch ihr Verschwinden der Krankenhausbehandlung entrinnen wollen und die dann, wenn sie in die geheime Prostitution untertauchen, besonders gefährlich sein müssen. (So spielen in den Pariser Listen die zahlreichen „Filles du dépôt“ eine besondere Rolle, d. h. solche Prostituierte, die sich der Kontrolle entzogen haben und nun wieder polizeilich sistiert wurden; unter ihnen findet sich stets ein gewaltiger Bruchteil von Kranken.) Dazu kommen solche, die den Ort ihrer bisherigen Tätigkeit mit oder ohne Abmeldung besonders dann verlassen, wenn sie aus dem Krankenhause entlassen worden sind und gar, wenn sie innerhalb eines kürzeren Zeitraumes dem Krankenhause hatten mehrfach überwiesen werden müssen. Sie sind des Aufenthalts in der betreffenden Stadt überdrüssig geworden oder sie fühlen sich in ihrem geschäftlichen Interesse geschädigt — auch diese Quote der Prostituierten stellt eine gefährliche Klasse dar.

Weiterhin fällt besonders für junge Prostituierte die unüberwindliche Neigung zum Wandern und Vagabondieren, der Drang zur Ungebundenheit ins Gewicht, dem die Entwickelung der modernen Verkehrsmittel nur entgegenkommt. Diese Prostituierte gehören durchweg einer gefährlichen Klasse an. Die Seßhaftigkeit der Prostituierten wächst, wie Ströhmberg besonders gezeigt hat, mit dem höheren Alter, also mit der abnehmenden Gefährlichkeit.

Wo Bordelle existieren, kommt der Wanderung der jungen Prostituierten von Ort zu Ort das Bestreben der häufigen Erneuerung des Personals entgegen.

Es wäre übrigens von höchster Wichtigkeit zu untersuchen, wieweit etwa gesetzmäßige Wanderrichtungen der Prostituierten bestehen. Im allgemeinen werden die jugendlichen Prostituierten den großen Städten eher dort verbleiben, während die Jugendlichen der Mittelstädte bald den großen Zentren zuströmen. Aeltere Großstadtprostituierte dagegen wandern des öfteren nach kleineren Städten ab.

Manchmal ist im Spital von den Prostituierten zu erfahren, daß sie sich nach ihrer Entlassung nach einer Stadt begeben wollen, die bei ihnen im Rufe einer milden und laxen Kontrolle steht. Der Wunsch nach möglichst einheitlicher Regelung der Kontrolle ergibt sich auch aus diesem Gesichtspunkte heraus.

Für die Beurteilung der Fluktuation sind folgende Zahlen von Interesse.

In Berlin fanden bei 3033 Inskribierten (1880) 1669 Neueinschreibungen statt, aber es waren 1516 Prostituierte aus der Kontrolle getreten. Im gleichen Jahre verließen in Wien 3199 Prostituierte die Kontrolle, denen ein Zugang von 3235 Dirnen gegenüberstand.

In einer kleineren Stadt wie Kiel standen im April 1894 77 Prostituierte unter Kontrolle; im Laufe der nächsten 12 Monate traten 117 neu ein, 116 schieden aus, 22 wurden reinskribiert.

1895 begann mit 100 Prostit., 128 traten neu ein, 164 schieden aus, 19 wurden reinskribiert
1896 „ „ 83 „ 125 „ „ „ 138 „ „ 9 „ „

12*

Ueber die Fluktuation der Breslauer Prostituierten finden wir in NEISSERS großer Arbeit umfassende Daten; sie verweisen auf eine verhältnismäßig große Seßhaftigkeit der Breslauer Prostituierten, der für die Ergebnisse der Ueberwachung ganz gewiß große Bedeutung zukommt.

Nach RAFFS Statistik finden sich indessen immerhin unter den syphilitischen Prostituierten von Breslau in einem gegebenen Momente 44,7 Proz. der Fälle, bei denen die Krankheit nur ungefähr ein Jahr lang beobachtet ist, und zwar ist diese Zahl weniger auf Rechnung derer zu setzen, die im Laufe des letzten Jahres unter Kontrolle traten, als vielmehr derjenigen, die nach einmaliger Syphilisbehandlung im Spital Breslau verließen oder sich von der Kontrolle frei machten.

In Hannover sind nach BLOCK (3-jähriger Durchschnitt) nur 37 Proz. der Prostituierten als seßhaft zu betrachten.

STRÖHMBERG hat für Dorpat folgendes festgestellt:

Im Laufe eines Jahres wechseln	7	Proz. der Prostituierten	12mal	den Wohnort
„ „ „ „ „	8	„ „ „	6mal	„ „
„ „ „ „ „	8	„ „ „	4mal	„ „
„ „ „ „ „	12	„ „ „	3mal	„ „
„ „ „ „ „	25	„ „ „	2mal	„ „

Nur 40 Proz. bleiben länger als ein Jahr am Orte.

STRÖHMBERG betont weiter für Dorpat, daß 44 Proz. der im kondylomatösen Stadium der Syphilis befindlichen Prostituierten sich dank ihrem Umherstreifen der Behandlung entziehen können. Allerdings handelt es sich für STRÖHMBERG um die Durchführung einer intermittierenden Quecksilberbehandlung mit reichlicher Häufung der Kuren. Es ist klar, daß diese nur auf Grund allgemein und gleichmäßig in den verschiedenen Städten angenommener Behandlungsprinzipien und nur mit Hilfe des Austausches der Krankengeschichtsdaten und der Daten über die Behandlung der einzelnen Prostituierten bei solchen Personen durchzuführen wäre, die im Verlaufe der konstitutionellen Syphilis ihren Aufenthaltsort wechseln.

Man darf in weiter Verallgemeinerung den Satz acceptieren, daß gerade die gesundheitlich bedenklichsten Quoten der Prostituierten die größte Fluktuation zeigen; damit ist für die gesundheitliche Ueberwachung von vornherein eine ernstliche Schwierigkeit geschaffen.

Nun ist aber die Fluktuation der Prostituierten sogar im Wachsen; ich greife nicht auf Angaben zurück, die aus der Mitte des vorigen Jahrhunderts stammen, und die für die großen Städte Frankreichs (Paris, Bordeaux) zeigen, daß damals dort eine größere Seßhaftigkeit der Prostitution bestand. Es ergibt sich im Zusammenhang, daß die moderne Entwickelung nicht nur den Wandertrieb der Prostituierten begünstigt, sondern daß vor allem für die Prostituierte die Tendenz, sich der Ueberwachung zu entziehen, und zugleich die Möglichkeit der Entziehung wesentlich gestiegen ist. Darin liegen aber wiederum wesentliche Faktoren, die den hygienischen Wert der Reglementierung bedeutend einengen.

Wie soll demgegenüber die Kontinuität der hygienischen Ueberwachung des fluktuierenden Teiles der eingeschriebenen Prostituierten gewahrt werden? Die Mühe der Polizei, der Dirnen habhaft zu werden, die in den Riesenstädten aus den Reihen der Inskribierten in die geheime Prostitution untertauchen, oder bei verdächtigen Personen, die in einer fremden Stadt anziehen, die Feststellung zu liefern, daß sie anderswo inskribiert waren und sich heimlich der Kontrolle entzogen haben,

ist in unendlich vielen Fällen unfruchtbar. Zudem ist es für viele jener Personen, wenn sie zu einem geordneten Leben zurückkehren wollen, ein wesentlicher Schutz, wenn sie sich allen Einmischungen der Polizei entziehen können. Darum wäre ein polizeilicher Uebereifer vom Uebel, und es ist durchaus berechtigt, daß die Rückfragen über das Vorleben neu anziehender weiblicher Personen in möglichst schonender Weise erfolgen sollen. Damit werden aber auch viele gefährliche Elemente der Polizei entgehen, um so mehr als jener Mechanismus der die Verbindung zwischen Abzugs- und Zugangsort herstellen soll, nur schwerfällig arbeiten kann.

Die Freizügigkeit der Prostituierten zu hindern, die sich vorschriftsmäßig abmelden und gegen deren Weggang keine momentanen Bedenken bestehen, hat dio Polizei kein Recht und keine Veranlassung. Die preußische Vorschrift will, daß die Polizeibehörde des Abzugsortes bei dem Verzug einer unter sittenpolizeilicher Ueberwachung stehenden Frauensperson der Polizeibehörde des Zuzugsortes unaufgefordert die für die sitten- und gesundheitspolizeiliche Ueberwachung nötigen Mitteilungen liefere.

Häufig wird aber die Prostituierte bei der Abmeldung falsche Angaben über den Ort machen, nach dem sie sich wenden will. Es muß sich also vor allem darum handeln, bei der Inskription zu erfahren, ob und wo die Prostituierte bereits unter Kontrolle gestanden hat und nun von der letzten Inskriptionsstelle die nötigen Angaben herbeizuschaffen. Die vorhandene genaue Registrierung der kontrollärztlichen Beobachtungen wird sich dann von größtem Nutzen erweisen; denn die Prostituierten selbst glauben ein Interesse daran zu haben, über ihre früheren Erkrankungen falsche Angaben zu machen. Jener Austausch der Kontrollbeobachtung wird aber nicht immer mit der nötigen Geschwindigkeit und Leichtigkeit von statten gehen.

Die wesentlichsten Vorwürfe, die vom hygienischen Gesichtspunkte aus gegen die Reglementierung der Prostituierten erhoben werden, besagen, daß jene Ueberwachung nicht umfassend genug ist, und daß der Bruchteil von Dirnen, der ihr untersteht, auch ihrer Art nach nicht die gefährlichsten Schichten der Prostituierten umfaßt. Muß sich die Ueberwachung auf einen Bruchteil von Dirnen beschränken, so sollten diejenigen ausgewählt werden, die der genauesten gesundheitlichen Kontrolle bedürfen. Das sind aber vor allem die Anfängerinnen der Prostitution wie diejenigen, die in den ersten Jahren der syphilitischen Erkrankung stehen, während das hygienische Interesse an den älteren und syphilis-immunen Dirnen wesentlich zurücktritt. Diesen hygienischen Forderungen kommt aber die Reglementierung nur in sehr beschränktem Maße entgegen.

Die Zahl der kontrollierten Dirnen stellt überall nur einen Bruchteil der gewerbsmäßigen Prostituierten dar; an vielen Orten bleibt dieser Bruchteil sogar auffällig gering.

Wir finden für eine Reihe von Städten folgende Angaben:

Zahl der inskribierten Prostituierten in

Berlin	4500—5000	Hannover	400
Braunschweig	350	Köln	700
Bremen	50	Leipzig	300
Breslau	1000—1100	München	700
Dresden	250	Straßburg	130
Frankfurt a. M.	400—500	Stuttgart	30
Hamburg	750		

Alle diese Ziffern bedürfen noch einer sehr wesentlichen Korrektur, da sie die Zahl der in einem gegebenen Momente ihrem Gewerbe nachgehenden Dirnen nicht wiedergeben, denn alle die Dirnen kommen in Wegfall, die in einem gegebenen Momente sich im Krankenhause oder im Gefängnis oder Arbeitshause befinden, oder sich temporär oder dauernd der Kontrolle entzogen haben, ohne deswegen noch aus den Listen gestrichen zu sein. Damit erfahren jene nominellen Zahlen eine gewaltige Reduktion.

So gibt Neisser an, daß in Breslau im Januar 1888 in die polizeilichen Listen eingetragen waren 1057 Prostituierte.

Von diesen wurden bei der Kontrolle untersucht	572
„ „ waren im Arbeitshaus	188
„ „ „ „ Hospital	36
„ „ „ „ Gefängnis, in Zuchthäusern, im Stift	88
„ „ fehlten	146 (!)
„ „ waren dispensiert	23
„ „ „ entlassen	4

Für jede der in den Jahren 1886, 1894 und 1895 unter Kontrolle gestellten Breslauer Prostituierten hat Neisser weiter verfolgt, wie lange sie in den ersten Kontrolljahren durch Hospitalaufenthalt und Bestrafungen interniert waren; er fand ein Maximum von 33 Proz., ein Minimum von 20 Proz. der Gesamtheit; dabei ergibt sich, daß für die einzelne Dirne von Jahr zu Jahr die Hospitalisierungszeit abnimmt, dagegen die Zeit anwächst, die im Arbeitshause verbracht wird.

Neisser gibt weiter eine Zusammenstellung über 100 Dirnen, die 5 Jahre lang unter Kontrolle standen. Es stellt sich heraus, daß in jedem einzelnen Jahre ein Drittel bis nahezu die Hälfte der Zeit auf den Aufenthalt in Haft, im Gefängnis und Arbeitshaus kam.

Aus Frankfurt a. M. ist berichtet worden, daß bei einer ständigen Inskriptionszahl von 400—500 Dirnen immer ein großer Teil abwesend sei und zwar namentlich auf kürzeren oder längeren Reisen in die umliegenden Badeorte und andere Nachbarstädte; unter Hinzurechnung der Inhaftierten und der absichtlichen wie fahrlässigen Kontrollentziehungen wären schätzungsweise in einem gegebenen Momente 30—50 Proz. abwesend, so daß viele Dirnen, namentlich der 3. Klasse innerhalb eines Jahres nur einige wenige Mal zur Untersuchung gelangten!

Deshalb fallen auch Berechnungen noch zu hoch aus, die anzeigen wollen, auf wieviel Einwohner einer Stadt eine inskribierte Dirne kommt.

Nach Mitteilungen aus dem Ende der 90er Jahre kam:

in München	eine	eingeschriebene	Prostituierte	auf	ca.	7500	Einwohner
„ Stuttgart	„	„	„	„	„	5500	„
„ Bremen	„	„	„	„	„	2800	„
„ Nürnberg	„	„	„	„	„	1800	„
„ Hannover	„	„	„	„	„	1600	„
„ Leipzig	„	„	„	„	„	1400	„
„ Düsseldorf	„	„	„	„	„	1400	„
„ Dresden	„	„	„	„	„	1350	„
„ Straßburg	„	„	„	„	„	1000	„
„ Hamburg	„	„	„	„	„	850	„
„ Köln	„	„	„	„	„	650	„
„ Berlin	„	„	„	„	„	400	„
„ Breslau	„	„	„	„	„	360	„

In manchen Städten sinkt die Zahl der eingeschriebenen Prostituierten auf ein lächerliches Minimum; es hatte Augsburg bei nahezu

80000 Einwohnern 6 Inskribierte; in Mannheim sind bei etwa 150000 Einwohnern 14 Dirnen kontrolliert, während es dort früher, als die Stadt wesentlich kleiner war, 70 Eingeschriebene gab!

Zum Vergleich dienen noch folgende Zahlen aus dem Auslande:

Es kommt eine eingeschriebene Dirne

in Brüssel	auf 1600	Einwohner		in Stockholm	auf 500	Einwohner
„ Paris	„ 900	„		„ Madrid	„ 500	„
„ Kopenhagen	„ 700	„		„ Budapest	„ 475	„
„ Wien	„ 600	„				

Richtiger wäre es, die Zahl der inskribierten Dirnen in Beziehung zum Umfang jenes Ausschnitts der männlichen Bevölkerung zu setzen, der die Nachfrage nach der Prostitution darstellt, und für den aus der Zahl der unverheirateten Männer der Altersklasse von 20—30 Jahren ein grober ziffernmäßiger Anhalt zu gewinnen wäre. Wir kämen dabei allerdings auf sehr fragliche Schätzungen, die um so eher beiseite bleiben dürfen, als die schon gegebenen Zahlen genügend klarstellen, daß die überwachte Prostitution wohl nirgendswo der Nachfrage genügt.

Je kleiner in Städten einer gewissen Größe die Zahl der Eingeschriebenen bleibt, um so mehr muß in Betracht gezogen werden, daß die geheime Prostitution eine wesentliche Rolle spielt. Die Frage, ob eine Bordellierung besteht, ist insofern von Bedeutung, als angenommen wird, daß dieses System mit einer geringeren Anzahl von Prostituierten die Nachfrage zu decken vermag, als das System der Einzelwohnenden. Wir können dieser Annahme, wie sich zeigen wird, nur sehr bedingt Geltung zuerkennen.

Wenn kleinere Städte überhaupt Prostituierte überwachen, so ist ganz besonders zu berücksichtigen, wieweit der Charakter der Stadt eine Nachfrage nach der Prostitution schafft.

In einem preußischen Ministerialreskript vom 20. Juli 1894 sind als Orte, die eine Ueberwachung durchführen, in Betracht gezogen:

1) alle Ortschaften, die nach der Volkszählung des Jahres 1890 6000 oder mehr Einwohner aufwiesen;

2) alle Garnisonen, auch wenn sie eine geringere Einwohnerzahl haben;

3) diejenigen Orte mit geringerer Einwohnerzahl, in denen eine Prostituiertenkontrolle nach den besonderen Verhältnissen angezeigt erscheint.

Wenn nun auch die Regelung der Prostitutionsfrage wesentlich und vorwiegend die größten Städte interessiert, so kommt sie doch gerade in Deutschland mit seiner dichten städtischen Bevölkerung, seinen vielen Groß- und Mittelstädten, Industriezentren, großen Garnisonen, zahlreichen Universitäten u. s. w. an vielen Orten ernstlich in Betracht.

Es fällt nicht schwer zu zeigen, daß die Nachfrage nach der Prostitution in Deutschland in den letzten Dezennien wuchs und noch weiter im Wachsen begriffen ist; die Zahl der überwachten Prostituierten hat demgegenüber nicht im gleichen Verhältnis zugenommen.

In Berlin, das 1856 600 Eingeschriebene hatte, war die Zahl im Jahre 1875 auf 2241 angestiegen; von da ab nahm die Zahl der Inskribierten zunächst allerdings jährlich um etwa 6—7 Proz. zu, während die Gesamtbevölkerung um 3—4 Proz. anstieg:

1886	waren	es	3000	Eingeschriebene
1889	„	„	3713	„
1891	„	„	4362	„

Mit diesen Zahlen ist schon deshalb nicht viel anzufangen, weil für die Nachfrage nach der Prostitution in einer Weltstadt neben der ortsansässigen Bevölkerung die Fremden wesentlich in Betracht kommen und gerade in Berlin der Fremdenverkehr in gewaltig höherem Verhältnis wuchs.

Es kann auffallen, daß in Städten mit lebhaftem Wachstum die Zahl der Inskribierten sogar stehen blieb oder vollends zurückging. Als krasses Beispiel kann Mannheim gelten, das 1890 etwa 60 bordellierte Dirnen hatte, 1902 dagegen 13 Einzelwohnende.

Solche Zahlen deuten auf ein mächtiges Anwachsen der geheimen Prostitution, und allgemein wird auch anerkannt, daß diese in unseren großen Städten im Verhältnis außerordentlich viel stärker zugenommen hat als die Gesamtbevölkerung. Für die Nachfrage nach der Prostitution kommen also die reglementierten Dirnen immer weniger in Betracht.

Wie sich allerdings die reglementierte und die geheime Prostitution einer Stadt zahlenmäßig zueinander verhält, ist nicht zu sagen. Die Schätzung der letzteren bleibt immer willkürlich. Das zeigen im höchsten Maße die Angaben über die geheime Prostitution der Stadt Paris, die zwischen 18000 und 120000 schwanken.

Aber auch in Berlin, wo es nach Lesser 24—25000 geheime Prostituierte gibt, hätte man nach anderen Schätzungen mit 30000 oder selbst 55000 geheimen Prostituierten zu rechnen. Je größer die Stadt ist, um so mehr überwiegt zweifellos die geheime Prostitution. Für eine Stadt wie Köln (mit 700 Inskribierten) wird ihr Umfang auf das Zehnfache der Ueberwachten eingeschätzt. In Wien gibt es nach mäßiger Schätzung 25000 geheime Prostituierte.

Ergibt sich aus allem Gesagten zu Genüge, daß die Zahl der überwachten Dirnen nicht der Nachfrage nach der Prostitution genügt, so ist darum doch die Frage nicht zu beantworten, wie viele überwachte Prostituierte nötig wären, um jene Nachfrage zu befriedigen. Neben der reglementierten wird und muß es immer eine geheime Prostitution geben, die zum Teil wohl ebenso gewerbsmäßig betrieben wird wie jene, zum Teil aber auch mehr den Charakter des Gelegentlichen besitzt. Dieser geheimen Prostitution sind sehr verschiedenartige Elemente zuzurechnen. Man kann folgende ungefähre Klassifizierung versuchen:

1) Straßendirnen niederster Art, von größter Gefährlichkeit.
2) Inskribierte Prostituierte, die sich temporär der Kontrolle entzogen haben.
3) Ehemalige ältere Prostituierte, die aus der Kontrolle ausgetreten sind und trotzdem ihr Gewerbe fortsetzen.
4) Anfängerinnen der Prostitution, die noch nicht zur Inskription gekommen sind.
5) Prostituierte, die ihr Gewerbe unter dem Deckmantel eines anständigen Erwerbes treiben.
6) Gelegentliche und fluktuierende Prostituierte.

Dieses Korps der geheimen Prostitution tritt in überwältigende Konkurrenz zur überwachten Prostitution. Aber selbst wenn es gelänge, diese geheime Prostitution auszuschalten oder wenn mit einer festen Höhe der Nachfrage nach den überwachten Dirnen zu rechnen wäre, bliebe es zweifelhaft, wieviele überwachte Dirnen nun jene Nach-

frage befriedigen sollten. Gewiß müßte es zunächst als ökonomisch erscheinen, die Zahl der Kontrollierten auf ein Minimum einzuschränken. Je geringer aber bei gleichbleibender Nachfrage die Zahl der Dirnen ist, die in einem gegebenen Moment ihrem Gewerbe nachgeht, um so mehr Infektionsmöglichkeiten ist die einzelne ausgesetzt und um so größer wird die Gefährdung der Männer, die mit solchen Dirnen zu verkehren. Kann aber die Kontrolle jeweils die erkrankten Prostituierten rasch ausscheiden, so erfolgt ein entsprechender Nachschub neuer Prostituierter, die nun unter dieselben ungünstigen Bedingungen kommen. Eine gewisse praktische Bedeutung gewinnen derartige Ueberlegungen vor allem für Städte, in denen man etwa versucht, die Nachfrage nach der Prostitution durch eine Minimalzahl von bordellierten Dirnen zu befriedigen.

Ströhmberg hat den Versuch gewagt, eine Schätzung der Zahl sämtlicher (geheimer und öffentlicher) Prostituierter im Deutschen Reich zu geben. So sehr Ströhmberg für seine Zahlen nur höchst ungefähren Wert beansprucht (er meint, daß das Maximum sämtlicher Prostituierter 100000 kaum überschreite, vielleicht aber auch nur 75000 betrage), kann ich doch seinem ganzen Berechnungsversuch keinerlei Beweiskraft zuerkennen. Es fehlt jede Möglichkeit, aus der Zahl von $2^3/_4$ Millionen ledigen erwachsenen Städtern im Deutschen Reich, auf die sich Ströhmberg bezieht, nun irgend ein Urteil abzugeben, zu wieviel Prostituierten diese Männer in regelmäßige oder gelegentliche Beziehung treten müssen, um ihre geschlechtlichen Regungen zu befriedigen, und andererseits hat es gar keinen Wert, etwa Durchschnittszahlen der täglichen Kohabitationen öffentlicher oder geheimer Prostituierter anzugeben. Ströhmberg geht nun von den Voraussetzungen der Stadt Dorpat aus, wo ihm zu einem gegebenen Zeitpunkt bekannt war, daß dort 147 eingeschriebene und etwa 100 geheime Prostituierte existierten. Er setzt voraus, daß diese Zahl von 247 Dirnen = 6 ‰ der Gesamtbevölkerung oder 2,5 Proz. der unverheirateten Frauen einen normalen Wert für eine städtische Bevölkerung von der Zusammensetzung Dorpats darstellt; und so kommt er durch einen detaillierten Vergleich der Zusammensetzung der Bevölkerung nach Geschlecht, Familienstand und Altersklassen zu der Parallele, daß in Berlin im Gegensatz zu den gewöhnlich weit höheren Schätzungen etwa 8800—10000 Prostituierte existieren müßten.

Ich habe in der folgenden Tabelle den Dorpater Zahlen die Heidelberger Ziffern gegenübergestellt. Es zeigt sich, daß die beiden Städte nach Größe und Verteilung der männlichen und weiblichen Bevölkerung wie der in Betracht kommenden Altersklassen sehr wohl in engsten Vergleich treten können. Beide Städte besitzen Garnison und Universität. Dabei ist in Heidelberg die Zahl der eingeschriebenen Dirnen auf 8 (!) herabgesunken. Daß diese lächerlich geringe Zahl, von der ständig noch ein Bruchteil im Krankenhaus sich befindet, die Nachfrage nach der Prostitution nicht deckt, ist klar; indessen darf mit aller Sicherheit behauptet werden, daß die Zahl der geheimen Prostitution in Heidelberg, auch wenn alle stellenlosen Kellnerinnen u. dgl. eingerechnet werden, nicht im entferntesten an die Dorpater Prostituiertenziffern heranreicht. Es wäre absolut verfehlt, den Dorpater Voraussetzungen Geltung für deutsche Städte entsprechender Größe einzuräumen.

	Dorpater Volkszählung 1897		Heidelberger Volkszählung 1900	
Männliche	19 678 = 47,7 %			19 174 = 47,8 %
(davon 1100 Militärs)			(davon 600 Mann Militär)	
Weibliche	21 568 = 52,3 „			20 947 = 52,2 „
Gesamtzahl	41 246			40 121
Unverh. Männer 20—40 J. alt	5 102 = 12,4 %			4 606 = 11,5 %
Witwer im selben Alter	40 = 0,097 „			34 = 0,085 „
Geschiedene im selben Alter	6 = 0,02 „			9 = 0,02 „
Unverh. Männer 40 J. u. älter	533 = 1,29 „			373 = 0,93 „
Witwer im selben Alter	372 = 0,9 „			406 = 1,01 „
Geschiedene im selben Alter	31 = 0,08 „			17 = 0,04 „
Erwachsene Männer unbekannten Civilstandes	13 = 0,03 „			— —
Verheiratete Männer	6 519 = 15,8 „			6 305 = 15,6 „
	30,4 %			29,2 %
Unverh. Frauen 15—45 J.	5 593 = 13,6 „		15—50 J.	6 948 = 17,3 „
Verheiratete Frauen 15—45 J.	4 257 = 10,3 „		15—50 „	4 997 = 12,5 „
Ueberhaupt				
Unverheiratete Frauen	6 530 = 15,8 „			7 595 = 18,9 „
Witwen	3 148 = 7,6 „			1 906 = 4,8 „
Geschiedene	66 = 0,2 „			53 = 0,13 „
Unbekannten Civilstandes	33 = 0,1 „			— —
Verheiratete Frauen	6 519 = 15,8 „			6 286 = 15,6 „
	39,5 %			39,4 %

Der Umfang der Prostitution ist überhaupt nicht in Zahlen zu fassen. Die greifbaren Ziffern der inskribierten Dirnen geben einen Bruchteil an, dessen relative Höhe durchaus nicht feststeht, da der Umfang der geheimen Prostitution nirgendswo bekannt ist, und Schätzungen derselben gehen meist von absolut willkürlichen und unkontrollierbaren Voraussetzungen aus. Aus der Gesamtzahl der eingeschriebenen Dirnen und der wegen gewerbsmäßiger Unzucht verhafteten Personen aber erhalten wir Mindestwerte, die hinter der Wirklichkeit weit zurückbleiben müssen. Daß der Umfang der Prostitution in den verschiedenen Ländern, und wenn wir bei dem engeren Beispiel des eigenen Landes bleiben wollen, an verschiedenen Orten wesentlich nach den lokalen Voraussetzungen wechselt, bedarf keiner weiteren Begründung. Die Faktoren, die an einem gegebenen Orte Nachfrage wie Angebot beeinflussen, sind genannt; ihr Einfluß im einzelnen ist aber nicht zahlenmäßig abzuschätzen. Dabei darf wohl nochmals daran erinnert werden, daß einem höheren geschlechtlichen Bedürfnis der Männer an einem gegebenen Orte keineswegs ein größerer Umfang der gewerbsmäßigen Prostitution entsprechen muß, überkommene Zustände können ebenso gut wie die soziale Stellung der Nachfragenden die Richtung der Nachfrage bestimmen, und die Tätigkeit und Wachsamkeit der Polizei kann auf der anderen Seite wohl den Umfang des gewerbsmäßigen Angebots beeinflussen, je nach der Strenge, mit der sie die nicht-inskribierten zu verfolgen sucht, oder seitens der bekannt gewordenen und Ueberführten die Inskription zu erzwingen sucht. Man mag über die Erfolge der Polizei skeptisch denken, und muß gewiß vermeidbare Mißgriffe, die unterlaufen, verdammen, aber die Erkenntnis wird doch bestehen bleiben, daß Laxheit oder vernünftige Strenge der Polizei, wenn sie längere Zeit aufrecht

erhalten wird, nicht wirkungslos bleiben kann, wobei immer noch die Größe des betreffenden Platzes und spezielle Voraussetzungen zu berücksichtigen sein werden. Insbesondere ist es wohl nicht zweifelhaft, daß Strenge der Polizei die Höhe des fluktuierenden Zuzugs mittelgroßer Städte wesentlich vermindern muß.

Nach welchen Gesichtspunkten erfolgt nun die Auswahl der Dirnen, die einer Ueberwachung unterstellt werden? Die Polizei ist in einer schwierigen Situation, wenn sie zwischen den Bestimmungen des § 361 Abs. 6 des R.St.G.B. den richtigen Weg finden soll. Ist nach dem Wortlaut dieses Paragraphen die Ueberwachung vorausgesetzt, so sind doch Bedenken laut geworden, ob der Polizei das Recht zusteht, die Ueberwachung in der Form der Reglementierung durchzuführen. In dieser Beziehung schaffen die vorgeschlagenen Bestimmungen des Ausführungsgesetzes zum Reichsseuchengesetz genügende Sicherheit.

Die Bedenken gegen die polizeiliche Reglementierung sind von verschiedenem Gewicht, je nachdem es sich um eine freiwillige oder zwangsmäßige Einschreibung handelt. Einige kleinere Städte verzichten allerdings auf jede Zwangsinskription (Stuttgart, Augsburg), teilweise aber werden Personen auch eingeschrieben, nur weil sie wegen gewerbsmäßiger Unzucht polizeilich aufgegriffen und krank befunden wurden. Auch der Vorwurf ist erhoben worden, daß solche sistierte Personen dermaßen eingeschüchtert würden, daß sie, um einer momentanen Bestrafung zu entgehen, sich lieber „freiwillig“ in Unkenntnis der Tragweite eines solchen Schrittes und der Degradation, der sie damit verfallen, unter Kontrolle stellten. Die schwersten Bedenken träfen natürlich die Einschreibung von Personen, denen gegenüber der Verdacht der gewerbsmäßigen Unzucht nur mangelhaft begründet wäre, und tatsächlich besteht das dringendste Bedürfnis, daß bei der Zwangsinskription jede polizeiliche Willkür, übelwollende Schneidigkeit und unbeabsichtigte Einschüchterung nach Möglichkeit ausgeschaltet werde.

Die Voraussetzungen, unter denen es zur Zwangsinskription kommt, sind gewöhnlich die folgenden:

Eine Person, die verhaftet worden ist, weil sie nach der Beobachtung eines Beamten der Sittenpolizei oder auf Grund einer Denunziation verdächtig erscheint, gewerbsmäßige Unzucht auszuüben, wird zunächst einer körperlichen Untersuchung unterzogen. Wird sie gesund befunden, erfolgt eine „wohlwollende Ermahnung“. Bei einer zweiten Sistierung wird sie „zu Protokoll verwarnt“, wobei speziell hervorgehoben wird, es werde eine sanitätspolizeiliche Kontrolle eintreten, falls die Betreffende wiederum in verdächtiger Weise aufgegriffen werden sollte. Die Verwarnte wird den Exekutivbeamten der Sittenpolizei vorgestellt. Die Eltern und Vormünder werden zuweilen von dem schlechten Lebenswandel der Verwarnten in Kenntnis gesetzt. Für die bei der dritten Sistierung erfolgende Inskription hat das Berliner Polizeipräsidium folgende Richtschnur gegeben. Sie soll eintreten:

„Sofern die unzüchtig umherschweifenden, von den Beamten der Sittenpolizei aufgegriffenen Dirnen nicht erklären, daß sie ihr schimpfliches Gewerbe fortzusetzen gesonnen sind, erst nach wiederholter Verwarnung, und kann auch dann noch abgewendet werden, wenn die Mädchen sich einer Besserungsanstalt zuführen lassen (ein Fall, der in Berlin in 10 Jahren zweimal eintrat!). Durch Verfügung vom 2. Mai 1886 ist angeordnet, daß die Stellung unter Kontrolle in einem motivierten,

von dem Abteilungsdirigenten zu unterzeichnenden Beschlusse auszusprechen ist und das vorausgehende Verhör sich auf die Umstände und Ereignisse, durch welche die Frauenspersonen der Prostitution zugeführt sind, zu erstrecken hat, ferner, daß die unter väterlicher oder vormundschaftlicher Gewalt stehenden Dirnen erst dann unter Kontrolle gestellt werden dürfen, wenn die an den gesetzlichen Vertreter zu richtende Aufforderung, die Schutzbefohlene in einer anständigen Familie unterzubringen, ohne Erfolg geblieben ist.

Auch nach erfolgter Eintragung wird den Prostituierten der Rettungsweg offen gehalten. Sobald sie ehrliche Arbeit nachweisen, werden sie von der Kontrolle vorläufig entbunden, und wenn eine unauffällige Beobachtung die Annahme rechtfertigt, daß sie sich wieder an ein ordentliches und arbeitsames Leben gewöhnt haben, definitiv aus derselben entlassen."

In Preußen steht der zwangsweise Inskribierten das Recht der Beschwerde an den Bezirksausschuß zu.

Nach dem preußischen Ministerialreskript vom 7. Juli 1870 muß die Zwangseinschreibung erfolgen:

1) Wenn die Aufgegriffenen wegen Winkelhurerei bereits bestraft sind;

2) wenn sie sich als notorische Winkelhuren bereits in ärztlicher Behandlung befunden haben.

Die schwersten Bedenken muß es erregen, wenn das Vorhandensein einer Geschlechtskrankheit zum maßgebenden Faktor für die polizeiliche Einschreibung in ihrem ganzen Umfange wird. Gewiß erscheint es vom hygienischen Standpunkte aus wünschenswert, daß eine Person, die im irregulären Sexualverkehr steht, wegen einer Geschlechtskrankheit einer fortlaufenden ärztlichen Ueberwachung unterstellt werde; daß diese Kontrolle gleichzeitig die ganzen schweren bürgerlichen Nachteile mit sich bringe, welche für die Ueberwachte aus der Reglementierung resultieren, ist zum mindesten für einen Teil der Betroffenen eine ungerechtfertigte und nicht zu verantwortende Last. Aber andererseits hat eben die Polizei kein anderes Mittel als die Einschreibung, um jene fortlaufende hygienische Kontrolle zu ermöglichen, und damit fallen für diese alle Personen weg, denen gegenüber die Polizei Bedenken trägt, die Reglementierung in ihrer ganzen Schwere durchzuführen. Solche Bedenken sind aber, je gewissenhafter die Polizei vorgehen will, in steigendem Maße zu finden.

Wenn übrigens der offizielle Standpunkt in der Stellung unter sanitätspolizeiliche Kontrolle nun eine mit Rücksicht auf die öffentliche Gesundheit und Ordnung gebotene Zwangsmaßregel, aber nicht die Erteilung der Erlaubnis zur gewerbsmäßigen Unzucht erblickt, so mag man sich drehen und wenden wie man wolle: die Feststellung, daß ein Weib gewerbsmäßige Unzucht treibt und daß sie dafür nicht bestraft, sondern gewissen polizeilichen Bestimmungen unterworfen wird, erscheint der Dirne wie dem Publikum als Autorisation zur Unzucht; dem Laien imponiert das Vorgehen der Polizei als Konzessionierung.

Es ist vielfach mit Recht verlangt worden, daß jeder mögliche Versuch gemacht werde, die Inskription zu vermeiden, die Dirne von deren Eintritt in die polizeiliche Ueberwachung zurückzuhalten, sie auf das Niedrige ihrer Handlungsweise wie auf die gesundheitlichen Gefahren hinzuweisen, denen sie sich aussetzen will; vor allem aber soll ihr die Möglichkeit einer geordneten Tätigkeit gezeigt und eröffnet

werden. Für den Erfolg derartiger Bemühungen kommt in erster Linie in Betracht, in welchem Umfange und in welcher Form sich für jene Mädchen der Eintritt in einen anständigen Erwerb ermöglichen läßt und wieweit ihnen der Weg durch besondere Hilfe erleichtert werden kann.

Ein wertvolles Unterstützungsmittel ist schon als Gegengewicht gegen Ungerechtigkeit und Willkür und zugleich als Hemmnis gegen ungeschickte äußerliche Fehler die Anstellung einer Polizeiassistentin. Diese Einrichtung ist jetzt in Stuttgart getroffen. Die Aufgabe der Polizeiassistentin ist es, dafür zu sorgen, daß im Umgang mit den eingelieferten weiblichen Personen Sitte und Anstand nicht verletzt werden. Sie hat den polizeiärztlichen Untersuchungen beizuwohnen und das Recht, an zuständiger Stelle ihre Meinung zu äußern, wenn sie Bedenken gegen eine Untersuchung hegt oder umgekehrten Falles dieselbe für notwendig erachtet. Es handelt sich bei ihrer Stellung um eine Ueberwachung sämtlicher beim Stadtpolizeiamt eingelieferten weiblichen Personen. Hierunter sind nicht nur diejenigen zu verstehen, die eine Strafhaft im Stadtpolizeigefängnis zu verbüßen haben, sondern namentlich auch solche, welche als geschäfts- und unterkunftslos vorgeführt und wieder auf freien Fuß gestellt werden, und diejenigen, die an andere Behörden abzuführen sind.

Die Hauptaufgabe der Assistentin besteht darin, diesen Frauen, die wegen der verschiedensten Vergehen eingeliefert wurden und in vielen Fällen bereits tief gesunken sind, die Hand zu bieten, um wieder ein geordnetes Leben beginnen zu können.

Der Wirkungskreis einer solchen Polizeiassistentin ist einer großen Erweiterung fähig. Sie hat Beziehungen nach allen möglichen Richtungen anzuknüpfen und zu unterhalten. Sie soll als Vermittlerin dienen, jenen Personen Dienststellungen nachzuweisen oder irgend eine andere anständige Erwerbstätigkeit zu eröffnen. Eine große Hilfe für ihre Tätigkeit ist es, daß sich in Stuttgart das städtische Armenamt bereitwillig gezeigt hat, Personen, deren Unterbringung sich nicht sofort bewerkstelligen läßt, in die Beschäftigungsanstalt aufzunehmen, wo sie bei geeigneter Tätigkeit unter guter Obhut so lange bleiben können, bis ihre nächste Zukunft entschieden ist.

Die Tätigkeit einer solchen Instanz darf aber keine rein vermittelnde bleiben. Ihr müssen Geldmittel zur Verfügung stehen, ihre Schützlinge, wenn nötig, auch mit geeigneter Kleidung und sonstigen notwendigen Dingen auszustatten, ohne die es oft unmöglich wird, sie in geordnete Bahnen zu lenken.

Die Polizeiassistentin hat weiter tatsächlich in Stuttgart die Funktion, mit den Mädchen in Fühlung zu bleiben, also eine weitere diskrete Kontrolle auszuüben, Mädchen auch nach auswärts in eine für sie gefundene Stellung oder nach Hause oder in eine Rettungsanstalt zu begleiten. Sie besucht auch die Mädchen im Krankenhaus, und es ist ihr die Ermächtigung erteilt worden, in geeigneten Fällen auch diejenigen Personen, mit denen sie bereits in Verbindung stand, in den Gefängnissen aufzusuchen. Sie hat über ihre gesamte Tätigkeit Buch zu führen und dieses allmonatlich dem Vorstand des Stadtpolizeiamtes zur Einsichtnahme vorzulegen.

Die Stuttgarter Polizeiassistentin ist aus der Mitte des Hilfspflegerinnenverbandes hervorgegangen.

Wir haben hier eine Einrichtung, die zunächst wohl nur einen praktischen Versuch bedeutet, dessen vorläufiger Erfolg nicht über-

schätzt werden soll, der aber gewiß auf den richtigen Wegen wandelt. Die Schaffung einer derartigen offiziellen weiblichen Instanz vermag die Beziehungen zu sammeln, die der Wiedergewinnung jener weiblichen Personen für ein anständiges Leben dienlich sein können; im Konnex mit der Geistlichkeit, mit humanitären Institutionen, mit Frauenvereinen u. s. w. ist sie vor allem im stande, werktätiger Frauenarbeit als Hilfskraft zu nützen und anzuregen und systematisch zu dirigieren.

Wichtig und die praktischen Erfolge steigernd, wird es vor allem sein, wenn es gelingt, eine Zwischenstation zu schaffen, in der die Schützlinge gewissermaßen eine Probezeit durchmachen und auf ihre Fähigkeiten wie auf ihren moralischen Fond eine unauffällige und unaufdringliche Prüfung erfahren.

Diese Einrichtung erheischt also wiederum eine Art Asyl. Dabei wäre aber strenge darauf zu sehen, daß jene Personen, soweit es sich um Anfängerinnen der Prostitution handelt, in solchen Anstalten, wenn irgend angängig, nicht mit solchen Weibern in Berührung käme, die bereits der Kontrolle unterstellt waren oder wenigstens ältere Prostituierte darstellen.

Es ist besonders hervorzuheben, daß für das Einsetzen der Tätigkeit der Polizeiassistentin nicht die etwaige Krankheit einer Person entscheidet, sondern daß sie gerade auch den Gesunden Hilfe bringen soll; und es wird leichter sein, gerade für diese letzteren Unterkunft in Erwerbsstellungen zu finden.

Wo es nicht gelingt, die Prostituierten vom Eintritt in die Kontrolle zurückzuhalten und zu bewahren, soll ihr von seiten der einschreibenden Behörde eine Belehrung über die Rechte zu teil werden, die ihr Bordellwirten und Vermietern gegenüber zur Seite stehen, sie soll ferner über das nötige sanitäre Verhalten instruiert werden, aber sie erhalte auch Belehrung über die Möglichkeit, aus dem schmählichen Gewerbe wieder herauszukommen, wie den Hinweis auf die Hilfsmitttel, die jenen Austritt erleichtern können. So werde sie auch auf wohltätige Gesellschaften aufmerksam gemacht, die nach dieser Richtung hin tätig sein wollen.

Ueber den Vorgang der Inskription ist ein Protokoll aufzunehmen.

Es ist möglich, daß auf Anfängerinnen der Prostitution eine erhöhte Feierlichkeit des ganzen Vorganges einen heilsameren Eindruck macht als ein summarisches Verfahren; bei den älteren Elementen der fluktuierenden Prostitution wird die Inskription nur eine Formsache bleiben. Das Wichtige ist allemal, daß die Voraussetzungen gewissenhaft geprüft worden sind, ob die Einschreibung nicht zu vermeiden war.

Schon die freiwillige Inskription kennt beschränkende Voraussetzungen, die aber nicht allgemein anerkannt sind:

1) An einzelnen Orten weist man solche Weiber zurück, die nicht den Nachweis führen können, daß sie bereits anderweitig oder früher als Prostituierte tätig waren.

So hat nach der Genfer Bestimmung (Art. V de la loi sur l'organisation et la compétence du bureau de la salubrité publique vom 27. Oktober 1884) jede Prostituierte, die in ein Genfer Bordell ein-

treten will, unter anderem das Zeugnis einer Polizeibehörde beizubringen, daß sie bereits irgendwo als Prostituierte eingeschrieben war. Weiber, die den Nachweis nicht liefern können, werden zurückgewiesen.

Kleine und mittelgroße Städte mögen auf diese Weise die ihnen nötig scheinende Zahl von Prostituierten zusammenbringen können; sie halten sich dann aber ausschließlich an die fluktuierende Prostitution. Sie übernehmen die geringere moralische Verantwortung und können sich zugleich einen gewissen Einblick in die früheren Erkrankungen der Dirnen verschaffen.

Für größere Städte ist eine Inskription, die sich auf solche Prostituierte beschränkt, die bereits anderweitig eingeschrieben waren, und sich nicht nur freiwillig melden, sondern auch selbst die nötige Auskunft über ihre Vergangenheit erteilen, unmöglich, da eben nur eine beschränkte Anzahl der wandernden Prostituierten jene Voraussetzungen erfüllt.

2) Zurückzuweisen sind verheiratete Frauen, wenn nicht die Einwilligung des Mannes vorliegt. Ganz zu unterdrücken ist die Einschreibung Verheirateter nicht, solange ihre Zurückweisung nur dazu führen würde, daß die Betreffenden sich — vielleicht gar unter dem Drucke des Ehemannes — der geheimen gewerbsmäßigen Prostitution hingäben.

3) In gesundheitlicher Beziehung sind vor allem geistig abnorme Persönlichkeiten zurückzuweisen.

4) Auch Schwangere sollen ausgeschlossen bleiben; aber es dürfte schwer bleiben, hier einen allgemeingültigen Grenzmonat festzusetzen. Bei Personen, die noch nicht syphilitisch infiziert sind und die in früherem Stadium der Schwangerschaft sich zur Inskription stellen, handelt es sich auch um die Rücksicht auf das noch gesunde Kind.

5) Wie weit frühere geschlechtliche Infektionen der Prostituierten für die Inskription zu berücksichtigen seien, ist ebenfalls Gegenstand der Meinungsverschiedenheiten. Gewiß darf keine Person unter die Inskribierten eingereiht werden, solange sie manifeste Symptome einer venerischen Krankheit hat und als ansteckungsfähig gelten darf. Nach dem Standpunkt mancher Venerologen dürften demnach überhaupt keine Dirnen im kondylomatösen Stadium der Syphilis eingeschrieben werden. Tatsächlich ließe sich diese Maßregel wiederum in großen Städten kaum durchführen und auch in mittleren Städten könnten diese Dirnen bei der Auswahl nicht unberücksichtigt bleiben, weil gerade sie einen ganz wesentlichen Bruchteil der fluktuierenden Prostituierten ausmachen. Auch tritt wohl immer ihnen gegenüber der Gesichtspunkt mit hervor, daß diese Elemente, wenn man sie nicht inskribiert und damit wenigstens die Aussicht gewinnt, Syphilisrezidive gleich beim Ausbruch aufzudecken, in die geheime Prostitution untertauchen oder von Ort zu Ort weiter wandern und so vielleicht weit höheren Schaden stiften.

Die Polizei wird überhaupt zur Inskription solcher Personen gedrängt, von denen sie mit mehr oder minder großer Bestimmtheit voraussetzt, daß eine Abweisung die Fortsetzung des gewerbsmäßigen Unzuchtsbetriebes nicht hindern würde.

In Wien wurde 1886 verfügt, eine Abweisung von Prostituierten, die sich selbst um ein Gesundheitsbuch melden, sei unter dem Vorwand, der Bezirk sei bereits überfüllt, absolut unzulässig, weil es Selbsttäuschung wäre, zu glauben, daß eine solche Frauensperson sich dann einen ordentlichen Erwerb sucht: „Sie wird im Gegenteil nach

wie vor der Prostitution ergeben bleiben, nur wird sie nicht regelmäßig untersucht werden."

Selbstverständlich sollte die Polizei niemals bei der Inskription sich mit dem Zeugnis eines beliebigen Privatarztes begnügen, das einfach bestätigt, daß die Betreffende gesund sei, sondern es hat eine genaue amtsärztliche Untersuchung zu erfolgen, die alle früher erwähnten Punkte berücksichtigt. In Wien hat die vor der Erteilung des Gesundheitsbuches vorgenommene amtsärztliche Untersuchung der um ein Gesundheitsbuch ansuchenden Frauenzimmer nicht nur zu konstatieren, ob dieselben geschlechtlich gesund, sondern auch ob sie bereits defloriert sind!

Die wesentlichste Einschränkung der Inskription ist durch das jugendliche Alter vieler Prostituierter gegeben. Dieser Punkt ist noch ausführlich zu besprechen.

Die gehäuften Bedenken, die sich gegen die Zwangseinschreibung richten, haben zur Forderung geführt, daß die Inskription nicht einfach durch die polizeiliche Anordnung, sondern auf Grund umfassenderer Erhebungen, eines umständlichen Verfahrens und in letzter Linie durch richterlichen Spruch erfolgen solle.

Doppelt zurückhaltend müßte man wohl sein bezüglich der polizeilichen und bürgerlich schädigenden Inskription solcher Personen, die eine geordnete Tätigkeit nachweisen können. Tatsächlich aber hat man davon nicht ganz absehen können. Mancherorts werden auch Mädchen eingeschrieben, die in Arbeit stehen. Die Enquete über die Lohnverhältnisse der Arbeiterinnen in den Wäschefabriken und der Konfektionsbranche 1887 ergab in Frankfurt a. M. 98 Inskribierte, die in Wäsche- und Konfektionsgeschäften tätig waren.

Die durch das dänische Gesetz vorgeschriebene Praxis bedeutet eine Hinausschiebung und Milderung der Inskription; sie vermeidet zunächst die definitive Maßregelung und setzt nach der ersten Einschreibung eine rein ärztliche Ueberwachung fest. Auch in Paris hat man wenigstens bei den Minderjährigen den Versuch mit einem „Système d'ajournement" gemacht, das eine rein ärztliche Kontrolle bedeutet, welche die polizeiliche Hilfe nur dann in Anspruch nehmen will, wenn die Patientinnen sich nicht zu den regelmäßigen Untersuchungen einstellen. Ein solches System wird — wenn es sich als durchführbar erweist — die hygienischen Zwecke völlig erfüllen, ohne die Nachteile der polizeilichen Einschreibung zu bieten.

Tatsächlich erfolgt die Inscription d'office im Auslande zum Teil unter umständlicheren Voraussetzungen:

So wird sie in Belgien vom Kollegium der Bürgermeister und der Schöffen ausgesprochen.

Das Reglement der Stadt Brügge fixiert übrigens genauer die Punkte, auf die sich die Untersuchung zu erstrecken hat, auf Grund deren die Inscription d'office ausgesprochen wäre.

1) Frühere Ausübung der Prostitution in anderen Gemeinden.

2) Wohnen oder gewohnheitsgemäßer Verkehr an übelberüchtigten Oertlichkeiten.

3) Gewohnheitsgemäßer Verkehr mit Prostituierten.

4) Gewohnheitsgemäßer nächtlicher „Strich" auf den Straßen.

5) Provokation zur Unzucht.

6) Die Tatsache, daß die Betreffende eine geschlechtliche Erkrankung übertragen hat oder an einer solchen leidet.

7) Gewohnheitsgemäßer Sexualverkehr mit mehreren Männern.

(Es ist darauf zu verweisen, daß bei einer verdächtigen Person keine körperliche Untersuchung vorgenommen werden darf, ehe das Schöffenkolleg regulariter festgestellt hat, daß es sich um eine notorische Prostituierte handelt.)

Der Untersuchung folgt ein Verhör über die zu Tage geförderten Tatsachen und über die Existenzmittel der betreffenden Person.

Indessen hat sich auch in Belgien die Neigung gezeigt, weitere juristische Sicherungen des Verfahrens einzuführen. Nach dem Baraschen Gesetzentwurf (1884) sollte den zu Inskribierenden nochmals die Berufung an die Civilgerichte freistehen und damit eine richterliche Garantie und Kontrolle für die Berechtigung der Einschreibung geschaffen werden.

Gegen die Einführung einer größeren Kommission, welche die Einschreibung auszusprechen hätte, fehlen aber auch Einwände nicht. Sie beziehen sich nicht nur auf die Schwerfälligkeit, die dem Modus procedendi anhaften müßte. Man befürchtet von der Verteilung der Verantwortlichkeit auf eine unpersönliche Kommission eine Abschwächung des Verantwortlichkeitsgefühls der einzelnen Mitglieder. Für eine gerichtliche Verurteilung der Prostituierten zur Inskription müssen aber auch Voraussetzungen erfüllt sein, die sich im Einzelfalle oft äußerst schwer liefern lassen. Die gerichtlichen Beweise, daß eine Person sich der Prostitution hingibt, sind häufig nicht zu erbringen. Uebrigens wäre es ein Unding, die Inskription — soweit sie hygienische Ziele verfolgt — als eine Form der Strafe auszusprechen.

Von einem „Système à condamnation“ ist aber auch zu erwarten, daß es zwar einen Teil der Prostituierten vor der Einschreibung bewahrt, ohne sie damit aus der Prostitution fernzuhalten, daß es dafür aber die einmal Inskribierten um so fester knebelt.

Alle Bedenken gegen die Inskription und vor allem gegen die Zwangseinschreibung sind im höchsten Grade geltend zu machen, sobald es sich um minorenne Prostituierte handelt. Alles muß daran gesetzt werden, der besserungsfähigen Anfängerin der Prostitution eine Degradation zu ersparen, die entscheidend dafür werden kann, daß das Mädchen der Prostitution verfallen bleibt oder daß sich zum mindesten ihrer Rückkehr in geordnete Verhältnisse die schwersten Hindernisse entgegentürmen. So ist denn auch die Frage der Inskription der Minderjährigen in den Mittelpunkt des Interesses gerückt.

Was zunächst den Umfang der Prostitution Minderjähriger betrifft, so haben früher angeführte Zahlen, die speziell das Alter wiedergaben, in dem Prostituierte an Syphilis erkranken, gewisse erschreckende Aufschlüsse geliefert. Aus den Mitteilungen von Jullien, le Pileur, Barthélémy, Fournier ergibt sich, daß von den in St. Lazare behandelten Pariser Dirnen nahezu 70 Proz. im minorennen Alter ihr Gewerbe begannen. Von den in den Jahren 1878—87 in Paris arretierten heimlichen Prostituierten waren 12615 = 46,7 Proz. noch minorenn gegenüber 14392 majorennen.

Im Dezennium 1888—98 betrug die Zahl der Minorennen 14072 = 48,8 Proz., die der Majorennen 14736.

Dabei meint Commenge, der diese Ziffern publiziert, daß die Anfängerinnen größere Chancen hätten, der Polizei zu entgehen und monate- oder selbst jahrelang verborgen zu bleiben, weil sie mit größerer Vorsicht zu Werke gingen.

Parent-Duchatelet hat mitgeteilt, daß Ende des 18. Jahrhunderts in Paris Mädchen von 10, 12, 14 Jahren in großer Zahl inskribiert waren. Von 12350 polizeilich Inskribierten der Jahre 1816—1832 waren 2043 vor dem 18. Lebensjahr, 6274 weitere vor Beendigung des 21. Lebensjahres der Reglementierung unterstellt worden; aber noch 1895—1900 wurden in Paris trotz der offiziellen Erhöhung des Inskriptionsalters jährlich durchschnittlich 261 Minorenne inskribiert. Minod gibt nach verschiedenen Einzeldaten an, daß im ganzen in Frankreich ein Drittel der eingeschriebenen Prostituierten im minorennen Alter steht.

Dabei ist in Paris das Mindestalter für die Inskription auf 18 Jahre, bei Bordelldirnen auf 21 Jahre festgelegt.

In Wien ist das niedrigste Alter für die Inskription 14 Jahre, in Schweden 15 Jahre. Man hat die frühe Einschreibung dort für notwendig gehalten, weil sich kein anderer Ausweg fand, kranke Prostituierte dieser Altersklasse wenigstens in sanitärer Beziehung möglichst unschädlich zu machen.

Eine Enquete über die inskribierte Prostitution in Rußland vom 1. August 1889 ergab 17000 Inskribierte:

	davon	
	Einzellebend 7840	in Bordellen 9763
alt unter 15 Jahren	14	30
„ „ 20 „	3040	2508
„ 20—25 Jahre	3282	3455

Die Enquete stellte fest, daß von den Mädchen sich der Prostitution hingegeben hatten:

	Einzellebende	Bordellierte
vor dem 12. Jahre	26	50
„ „ 21. „	6839 = 86,2 Proz.	7302 = 75,6 Proz.

Vier Fünftel der inskribierten Prostituierten Rußlands waren als Minorenne in ihr Gewerbe eingetreten!

In Berlin fanden sich 1898 unter den 846 neu eingeschriebenen Prostituierten 229 Minderjährige und zwar:

7	im Alter von 15 Jahren	59	im Alter von 18 Jahren
21	„ „ „ 16 „	49	„ „ „ 19 „
33	„ „ „ 17 „	66	„ „ „ 20 „

In Paris stellte man unter Kontrolle:

1885	409 Minorenne	890 Majorenne
1886	370 „	775 „
1887	276 „	592 „
1888	265 „	442 „
1894	325 „	
1900	253 „	

In Breslau waren inskribiert:

	inskribiert	davon	alt
Januar 1888	925	91	15—20 Jahre
11. August 1891	1184	128	—20 „

Man sucht in Deutschland schon seit langem die Inskription Minorenner nach Möglichkeit zu beschränken.

Was die Erkrankungen der Minorennen betrifft, so beziehe ich mich besonders für die Syphilis nochmals auf unsere früheren Zahlen.

Le Pileur nimmt nach den Arrestationsziffern an, daß in Paris von 100 minderjährigen Prostituierten mindestens 50 Proz. venerisch

(25 Proz. syphilitisch) seien. VERCHÈRE meint, daß sich in Paris täglich 14000 geschlechtskranke Minderjährige unter den nicht-eingeschriebenen Dirnen fänden.

Wegen venerischen Krankheiten wurden 1899 in den allgemeinen Krankenhäusern Preußens behandelt:

im ganzen	davon 15—18 Jahre alt		von diesen litten an Gonorrhöe	Ulcus molle	Syphilis
1265	Arbeiterinnen	211	117	32	62
266	Verkäuferinnen	32	17	4	11
2504	Dienstmädchen	367	156	66	145
580	Kellnerinnen	59	24	8	27
5489	Prostituierte	574	267	121	186

Unter den in den preußischen Krankenhäusern behandelten Prostituierten jenes Jahres hatten 31,3 Proz. das 20. Lebensjahr nicht überschritten. Diese Zahlen erhalten ihre volle Bedeutung erst durch den Hinweis, daß begreiflicherweise versucht worden ist, die Inskription der Minderjährigen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Aus diesem beschränkenden Grunde vermag aber die Reglementierung über die Zahl der minorennen Prostituierten keine genügende Auskunft zu geben; sicher ist, daß diese Zahl erschreckend hoch eingeschätzt werden muß. Dabei stellen die Minorennen in gesundheitlicher Beziehung die gefährlichste Klasse der Prostituierten dar; sie sind am sorglosesten und gleichgültigsten gegen die eigene Erkrankung, sie sind als jugendliche Elemente am meisten begehrt, die Syphilis wie die Gonorrhöe läßt nach dem, was über den Verlauf der beiden Krankheiten zu sagen war, von ihnen aus die meisten Weitererkrankungen befürchten. Der Standpunkt, der auf die Inskription derartiger gefährlicher Elemente nicht ganz verzichten will, um überhaupt eine hygienische Kontrolle derselben zu ermöglichen, ist demnach begreiflich.

Jedenfalls ist mit einem bloßen Hinaufschrauben des Inskriptionsalters nichts Gutes erreicht. Man kann auf die Einschreibung der Minderjährigen nur verzichten, wenn es gelingt, sie überhaupt der gewerbsmäßigen Prostitution zu entziehen.

In einzelnen Staaten hat man versucht, auf Grund der Vagabundengesetze einzuschreiten (Holland, Belgien), welche die Möglichkeit geben, Vagabunden bis zu einem gewissen Alter in einer „Maison de réforme“ festzuhalten. Die praktische Anwendung in großem Maßstabe hat man aber wohl schon wegen der Kosten gescheut.

In Deutschland ist der wichtigste Schritt zur Ausschaltung Minderjähriger aus der Prostitution durch das preußische Fürsorgeerziehungsgesetz vom 2. Juli 1900 geschehen.

Nach § 1 dieses Gesetzes kann ein Minderjähriger, welcher das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, der Fürsorgeerziehung überwiesen werden:

1) Wenn die Voraussetzungen des § 1666 und § 1838 des B.G.B. vorliegen und die Fürsorgeerziehung erforderlich ist, um die Verwahrlosung der Minderjährigen zu verhüten.

(Diese Bestimmungen lauten:

§ 1666. Wird das geistige oder leibliche Wohl des Kindes dadurch gefährdet, daß der Vater das Recht der Sorge für die Person des Kindes mißbraucht, das Kind vernachlässigt, oder sich eines ehrlosen oder unsittlichen Verhaltens schuldig macht, so hat das Vormundschaftsgericht die für Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßregeln zu treffen. Das Vormundschaftsgericht kann insbesondere anordnen, daß das Kind zum Zwecke der Erziehung in einer geeigneten Familie oder in einer Erziehungsanstalt oder einer Besserungsanstalt untergebracht wird.

Hat der Vater das Recht des Kindes auf Gewährung des Unterhalts verletzt und ist für die Zukunft eine erhebliche Gefährdung des Unterhalts zu besorgen, so kann dem Vater auch die Vermögensverwaltung sowie die Nutznießung entzogen werden.

§ 1838. Das Vormundschaftsgericht kann anordnen, daß der Mündel zum Zwecke der Erziehung in einer geeigneten Familie oder in einer Erziehungsanstalt oder einer Besserungsanstalt untergebracht wird. Steht dem Vater oder der Mutter die Sorge für die Person des Mündels zu, so ist eine solche Anordnung nur unter den Voraussetzungen des § 1666 zulässig.)

2) Wenn der Minderjährige eine strafbare Handlung begangen hat . . . .
3) Wenn die Fürsorgeerziehung außer diesen Fällen wegen Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung der Eltern oder sonstiger Erzieher oder der Schule zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens des Minderjährigen notwendig ist.

Nach § 2 erfolgt die Fürsorgeerziehung unter öffentlicher Aufsicht und auf öffentliche Kosten in einer geeigneten Familie oder in einer Erziehungs- oder Besserungsanstalt.

§ 3. Die Unterbringung zur Fürsorgeerziehung erfolgt, nachdem das Vormundschaftsgericht durch Beschluß das Vorhandensein der Voraussetzungen des § 1 unter Bezeichnung der für erwiesen erachteten Tatsachen festgestellt und die Unterbringung angeordnet hat.

§ 4. Das Vormundschaftsgericht beschließt von Amtswegen oder auf Antrag. Zur Stellung des Antrages sind berechtigt und verpflichtet:

Der Landrat

In Stadtkreisen der Gemeindevorstand und der Vorsteher der königlichen Polizeibehörde.

Vor der Beschlußfassung soll das Vormundschaftsgericht, soweit dies ohne erhebliche Schwierigkeit geschehen kann, die Eltern, den gesetzlichen Vertreter des Minderjährigen und in allen Fällen den Gemeindevorstand, den zuständigen Geistlichen und den Leiter oder Lehrer der Schule, welche der Minderjährige besucht, hören, auch hat, wenn die Beschlußfassung nicht auf Antrag erfolgt, das Vormundschaftsgericht zuvor dem Landrat u. s. w. unter Mitteilung der Akten Gelegenheit zu einer Aeußerung zu geben.

Der Beschluß ist dem gesetzlichen Vertreter des Minderjährigen, diesem selbst, wenn er das vierzehnte Lebensjahr überschritten hat, dem Landrat . . . und dem verpflichteten Kommunalverbande (§ 14) zuzustellen.

Gegen den Beschluß steht den im Abs. 3 Genannten die sofortige Beschwerde zu, dem gesetzlichen Vertreter des Minderjährigen oder diesem selbst jedoch nur dann, wenn der Beschluß auf Unterbringung zur Fürsorgeerziehung lautet. Die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung.

§ 5. Bei Gefahr im Verzuge kann das Vormundschaftsgericht eine vorläufige Unterbringung des Minderjährigen anordnen. Die Polizeibehörde des Aufenthaltsortes hat in diesem Falle für Unterbringung des Minderjährigen in einer Anstalt oder in einer geeigneten Familie zu sorgen . . . .

§ 6. Hat die im § 4 angeordnete Anhörung der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters nicht stattfinden können, so sind dieselben berechtigt, die Wiederaufnahme des Verfahrens zu verlangen.

§ 9. Die Ausführung der Fürsorgeerziehung liegt dem verpflichteten Kommunalverbande ob (§ 14); er entscheidet darüber, in welcher Weise der Zögling untergebracht werden soll. Im Falle der Anstaltserziehung ist der Zögling soweit möglich, in einer Anstalt seines Bekenntnisses unterzubringen. Im Falle der Familienerziehung muß der Zögling mindestens bis zum Aufhören der Schulpflicht in einer Familie seines Bekenntnisses untergebracht werden.

Der Kommunalverband hat dem Vormundschaftsgerichte von der Unterbringung und von der Entlassung des Zöglings Mitteilung zu machen.

Die Ueberführung des Zöglings liegt der Polizeibehörde des Aufenthaltes ob.

§ 10. Die Zöglinge dürfen *nicht* in Arbeitshäusern und *nicht* in Landarmenhäusern, in Anstalten, welche für Kranke, Gebrechliche, Idioten, Taubstumme oder Blinde bestimmt sind, *nur so lange* untergebracht werden, als es ihr körperlicher und geistiger Zustand erfordert.

In Ausführung einer eingeleiteten Fürsorgeerziehung kann die Erziehung in der eigenen Familie des Zöglings unter Aufsicht des Kommunalverbandes widerruflich angeordnet werden.

§ 11. Für jeden in einer Familie untergebrachten Zögling ist zur Ueberwachung seiner Erziehung und Pflege von dem Kommunalverbande ein Fürsorger zu bestellen. Hierzu können auch *Frauen* bestellt werden.

§ 13. Die Fürsorgeerziehung endet mit der Minderjährigkeit (mit dem vollendeten 21. Jahre).

Die frühere Aufhebung der Fürsorgeerziehung erfolgt durch Beschluß des Kommunalverbandes von Amtswegen oder auf Antrag der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters des Minderjährigen, wenn der Zweck der Fürsorgeerziehung erreicht oder die Erreichung des Zwecks anderweit sichergestellt ist. Die Aufhebung kann unter Vorbehalt des Widerrufs beschlossen werden.

§ 14. Die Provinzialverbände .... sowie der Stadtkreis Berlin sind verpflichtet, die Unterbringung der durch Beschluß des Vormundschaftsgerichts der Fürsorgeerziehung überwiesenen Minderjährigen in einer der Vorschriften dieses Gesetzes entsprechenden Weise zu bewirken. Sie haben für die Errichtung von Erziehungs- und Besserungsanstalten zu sorgen, soweit es an Gelegenheit fehlt, die Zöglinge in geeigneten Familien sowie in öffentlichen, kirchlichen oder privaten Anstalten unterzubringen, auch soweit nötig, für ein angemessenes Unterkommen bei der Beendigung der Fürsorgeerziehung zu sorgen.

Zur Unterbringung verpflichtet ist derjenige Kommunalverband, in dessen Gebiete der Ort liegt, als dessen Vormundschaftsgericht das Gericht Beschluß gefaßt hat.

§ 15. Die Kosten, welche durch die Ueberführung des Zöglings in eine Familie oder Anstalt, durch die dabei nötige reglementsmäßige erste Ausstattung, durch die Beerdigung des während der Fürsorgeerziehung verstorbenen und durch die Rückreise des aus der Fürsorgeerziehung entlassenen Zöglings entstehen, fallen dem Ortsarmenverband, in welchem er seinen Unterstützungswohnsitz hat, zur Last. Ist ein solcher Ortsarmenverband nicht vorhanden, so fallen diese Kosten dem verpflichteten Kommunalverbande (§ 14 Abs. 2) zur Last. Die übrigen Kosten des Unterhalts und der Erziehung sowie der Fürsorge für entlassene Zöglinge tragen in allen Fällen die Kommunalverbände.

Die Kommunalverbände erhalten zu den nach Abs. 1 von ihnen zu tragenden Kosten aus der Staatskasse einen Zuschuß in Höhe von zwei Dritteln dieser Kosten. Der Betrag des Zuschusses wird jährlich auf Liquidation der im Vorjahre aufgewendeten Kosten oder im Einverständnisse mit den einzelnen Kommunalverbänden periodisch als Bauschsumme von dem Minister des Innern festgesetzt.

§ 20. Die zuständigen staatlichen Aufsichtsbehörden der Kommunalverbände und in höherer Instanz der Minister des Innern haben die Oberaufsicht über die zur Unterbringung von Zöglingen getroffenen Veranstaltungen zu führen; sie sind befugt, zu diesem Zwecke Revisionen vorzunehmen.

§ 21. Wer, abgesehen von den Fällen der §§ 120, 235 des St.G.B., einen Minderjährigen, bezüglich dessen das gerichtliche Verfahren auf Unterbringung zur Fürsorgeerziehung eingeleitet oder die Unterbringung zur Fürsorge angeordnet ist, dem Verfahren oder der angeordneten Fürsorgeerziehung entzieht, oder ihn verleitet, sich dem Verfahren oder der Fürsorgeerziehung zu entziehen, oder wer ihm hierzu vorsätzlich behilflich ist, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren und mit Geldstrafe bis zu 1000 M. oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Für die Behandlung der minderjährigen Prostituierten nun hat der preußische Minister des Innern im Anschluß an dieses Gesetz folgende Verfügung erlassen:

1) Machen sich minderjährige weibliche Personen der gewerbsmäßigen Unzucht verdächtig, so ist an die Eltern oder die Vormünder die Aufforderung zu richten, dem unsittlichen Treiben Einhalt zu tun.

2) Bleibt diese Aufforderung erfolglos, so ist bei Minderjährigen unter 18 Jahren auf Grund des Gesetzes vom 2. Juli 1900 der Antrag auf Fürsorgeerziehung durch die dazu berechtigten und verpflichteten Behörden (§ 4) zu stellen. Die sittenpolizeiliche Kontrolle darf erst angewendet werden, wenn das Vormundschaftsgericht die Anordnung der Fürsorgeerziehung abgelehnt hat und die dagegen eingelegte Beschwerde erfolglos geblieben ist.

3) Bei Minderjährigen über 18 Jahren ist, wenn die an die Eltern oder Vormünder gerichtete Aufforderung erfolglos bleibt, die Verhängung der sittenpolizeilichen Kontrolle zwar zulässig; es ist aber unverzüglich dem Vormundschaftsgericht unter Mitteilung der an die Eltern oder Vormünder gerichteten früheren Aufforderung und der sonstigen bei der Polizeibehörde vorhandenen Vorgänge von der Sachlage Kenntnis zu geben, um deren Einschreiten unter den Voraussetzungen des § 1666 oder 1838 des B.G.B. herbeizuführen. Die Anordnungen des Vormundschaftsgerichtes können sowohl seitens der zahlreichen kirchlichen und sonstigen für die Hebung der Sittlichkeit und Erziehung der Jugend tätigen Vereine wesentlich unter-

stützt werden, wenn diese dem Gemeindewaisenrat oder dem Vormundschaftsgericht für solche Fälle zur Führung der Vormundschaft oder Pflegschaft geeignete, mit ihnen in Verbindung stehende Personen allgemein benennen, sich dem Vormundschaftsgericht gegenüber bereit erklären, für die Unterbringung der Minderjährigen in geeigneten Anstalten und Familien zu sorgen und namentlich die Kosten dieser Unterbringung zu übernehmen, wenn, was häufig der Fall sein wird, die zunächst Verpflichteten hierzu nicht im stande sind. Der Justizminister hat sich bereit erklärt, die Vormundschaftsgerichte entsprechend zu verständigen.

Im Prinzip scheint hier das Mittel gegeben und genügend gesichert, die gewerbsmäßige Prostitution der Minderjährigen zu verhüten oder zu unterbrechen, zugleich auch die Kranken einer durchaus geeigneten Behandlung zuzuführen und für die Dauer des infektiösen Stadiums der Syphilis aus dem geschlechtlichen Verkehr auszuschalten.

Das letzte Ziel muß allerdings sein, verwahrloste oder zur Verwahrlosung neigende Mädchen einer geordneten Erziehung zuzuführen, ehe sie überhaupt der Prostitution verfallen. Der Kampf gegen die Prostitution hätte hier also schon an einem entfernteren Punkte einzusetzen. Der Durchführung stehen vor allem die beschränkten pekuniären Mittel im Wege.

Von den im Jahre 1901/02 in Preußen der Fürsorgeerziehung unterstellten 2838 weiblichen Personen standen im Alter von 16—18 Jahren: 710 Mädchen.

Gewerbsmäßige Unzucht hatten 814 Minderjährige getrieben; 55 waren hochschwanger oder hatten geboren.

Acquirierte Syphilis bestand bei 97 schulentlassenen und bei 4 schulpflichtigen Mädchen.

Die Erwartungen, die sich an das preußische Fürsorgeerziehungsgesetz knüpften, haben sich leider bislang nicht erfüllt. Neisser verweist auf die Schwierigkeiten, die sich ergeben haben. Die Auslegung des höchsten preußischen Gerichtshofes schränkt die Anwendung des Gesetzes auf einen so engen Kreis bereits verwahrloster Individuen ein, daß ihm kaum mehr oder andere Personen unterstellt werden als diejenigen, die nach dem alten Zwangserziehungsgesetz in Zwangserziehung untergebracht werden konnten. Der Umfang der gesetzlichen Verpflichtungen der Armenverbände ist gerichtlich nicht in der erforderlichen Weise anerkannt, der Ministerialerlaß schuf Schwierigkeiten für die Ausführung des Gesetzes, die gerade bei den jungen und geschlechtskranken Prostituierten eine fühlbare Lücke ließ. Solange bei solchen, die wegen ihrer Krankheit zunächst einem Krankenhause zugeführt wurden, nach der Entlassung aus der Behandlung der Antrag auf Anwendung des Fürsorgegesetzes noch nicht erledigt ist, bleiben diese Personen, die gerade vom sanitären Standpunkt aus die bedenklichste Quote unter den Prostituierten darstellen, vollkommen sich selbst überlassen, und zwar unter Umständen für viele Wochen und Monate. Die einzige Möglichkeit, sie einer Ueberwachung zu unterstellen, wäre die Inskription, und gerade diese ist verboten.

Mit dem bloßen Wegfall der Inskription ist solchen Elementen gegenüber nichts gewonnen, und es ist wohl begreiflich, daß, wie hier die Dinge liegen, die Polizei wenigstens bei Prostituierten über 18 Jahren auch jetzt noch bei sehr vielen Fällen auf die Einschreibung nicht verzichten will.

Bei der praktischen Anwendung des Gesetzes wird man zuletzt auf die Erwägung stoßen müssen, ob nicht gerade für diese Pro-

stituierten, die ja auch durch ganz spezielle Voraussetzungen dem Verfahren zugeführt werden, besondere Einrichtungen zu schaffen wären. Eine familiäre Verpflegung jener Kranken ist untunlich und gerade die Notwendigkeit der fortdauernden ärztlichen Ueberwachung und in manchen Fällen auch der Behandlung führt in eine Anstaltserziehung neue Gesichtspunkte ein, gerade so wie die Erwägung, daß bei einer gemeinsamen Verpflegung der Prostituierten mit sexuell intakten Mädchen für diese eine bedenkliche moralische Gefahr entstehen kann. Wiederum taucht hier die Frage der Prostituiertenasyle unter einem richtigen Gesichtspunkt auf. Sie sollten im wesentlichen Anstalten zur Erziehung und Besserung von Prostituierten sein, sie sollten vor allem darauf hinarbeiten, ihre Zöglinge vor der Rückkehr in die Prostitution nach Möglichkeit zu bewahren und dieser Erziehungsplan läßt genügend Platz für die Durchführung unserer medizinischen Heilbestrebungen, er schaltet zugleich die hygienische Gefahr aus, die von solchen Mädchen ausgehen könnte.

Wir finden schließlich eine Reihe dominierender Gründe, die einer Ausdehnung der Reglementierung auf eine größere Zahl von Prostituierten entgegenstehen, ja sogar diese progressiv einschränken können.

Die Behörde will die Zahl der Inskribierten auf ein Mindestmaß beschränken. Wenn es richtig ist, daß Existenz und Umfang der überwachten Prostitution eine Steigerung der Nachfrage nach der Prostitution überhaupt nach sich ziehen und damit auch das Angebot der geheimen Prostitution vermehren, so ist es nicht ein rein äußerliches moralisierendes Bestreben, wenn man die Zahl der kontrollierten Dirnen nach Möglichkeit herabsetzt. Allerdings liegen die Voraussetzungen nicht schematisch einfach. Bei einer bestimmten Höhe der Nachfrage nach der Prostitution muß die geheime Prostitution um so mehr anwachsen, je weniger die Kontrolldirnen jenes Bedürfnis decken. Aber auch die Einschränkung der kontrollierten Prostitution kann unter Umständen eine Zunahme der geheimen Prostitution nach sich ziehen.

Das kann besonders in größeren Städten eintreten, während ich allerdings glaube, daß in Mittelstädten, in denen die Polizei sich mit der Ueberwachung einer lächerlich geringen Zahl eingeschriebener Prostituierten begnügt, unter allen Umständen diese Dirnen so wenig für das Gesamtmaß die Nachfrage der Männer bedeuten, daß eben so gut jede überwachte Prostitution beseitigt werden könnte. Der Umfang, in dem die Polizei der gewerbsmäßigen Prostitution entgegentreten kann, wird keineswegs dadurch ungünstig beeinflußt, daß einige wenige Prostituierte, die doch nur von einem geringen Bruchteil der einheimischen Männer frequentiert wurden, ausgeschaltet bleiben.

Als zweites beschränkendes Moment für die Reglementierung erweist sich die Verpflichtung, die Einschreibung nur in unvermeidlichen Fällen auszusprechen, denn sie bedeutet allemal eine bürgerliche Entehrung und Degradation. Darum hat sich die Polizei vor allem vor dem Vorwurf leichtfertiger Einschreibungen zu hüten, und sie muß so in steigendem Maße die Minderjährigen zurückweisen. Diese stellen aber eine hochgradig gefährliche Schicht, vielleicht die hygienisch bedenklichste Quote der Prostituierten dar.

Die Behörde hat aber weiterhin gar nicht die Möglichkeit, die überwachte Prostitution über ein bestimmtes Maß hinaus anwachsen

zu lassen. Mangel an Aerzten, die der Kontrolle zur Verfügung stehen, Beschränkung der Behandlungsmöglichkeiten, die Notwendigkeit einer übertriebenen Sparsamkeit engen so den Umfang der Reglementierung ganz gewaltig ein.

Dazu kommt nun die Tatsache, daß die Polizei auch vieler jener Dirnen, die sie kontrollieren möchte, nicht habhaft werden kann. Die Gründe, welche die Prostituierten zum Widerstand gegen die Reglementierung veranlassen, sind sehr verschiedener Art. Es ist begreiflich, wenn die Dirne nicht den Zusammenhang mit der Gesellschaft verlieren will, wenn solche, die an der Grenze der gelegentlichen Prostitution stehen, sich nicht den Schwierigkeiten aussetzen wollen, die durch die Inskription für ihre Rückkehr zu einem ehrlichen Erwerb geschaffen werden. Eine große Gruppe von Prostituierten hat mehr oder minder überlegt den Standpunkt erfaßt, daß sie durch Schlauheit gegenüber der Polizei und unter dem Deckmantel irgend einer Scheinbeschäftigung ihre Zwecke leichter erreichen als durch die Inskription. Auch das Streben, als „Demimondaine" zu gelten, die sich im Range über die „Polizeidirnen" und „Sittenmädchen" stellt, lockt zum Widerstand. Der Drang nach Ungebundenheit verträgt sich nicht mit jener fortlaufenden Ueberwachung, und besonders der Freiheitsbeschränkung durch Spitalaufenthalt und Inhaftierungen. Zu welch erschreckender Höhe sich gerade die Haftstrafen vieler Prostituierter summieren, ist früher hervorgehoben worden.

So kommt es auch, daß viele Prostituierte, wenn sie einmal der Inskription verfielen, sich ihr wieder entziehen, oder zwischen eingeschriebener und geheimer Prostitution hin- und herschwanken.

Vom hygienischen Standpunkte aus muß das jetzige System als verfehlt gelten, wenn es solche Personen, die sich der rein gesundheitlichen Ueberwachung fügen würden, wegen der polizeilichen Auflagen und der bürgerlichen Benachteiligung zum Widerstand veranlaßt.

Was nun die Prostituierte der Reglementierung zuführt, sind differente Motive: Indolenz, Erwerbsucht, Zwang, die Furcht vor Bestrafung im Falle des Widerstandes.

So suchen bei uns die Reglementierung mit kühler Ueberlegung und Absicht vor allem solche Prostituierte, die nichts mehr von der Polizei und dem Sittenarzte zu fürchten haben; ihre Sturm- und Drangzeit ist abgelaufen, sie haben es gelernt, sich mit den Polizeivorschriften abzufinden, das infektiöse Stadium ihrer Syphilis wie die Zeit der heftigen Gonorrhöeschübe ist abgelaufen, und wenn sich ja wieder verdächtige Symptome bei ihnen zeigen, so fehlen ihnen nicht mehr die Verdeckungs- und Behandlungskünste; Routine, Gewohnheit, Abstumpfung wirken zusammen, und in dem Maße, in dem Jugend und körperliche Reize schwinden, legt die Prostituierte selbst Wert darauf, als „patentierte" Dirne mit ihrem Gesundheitsattest die Männer anzulocken.

Das ist eine Gruppe von Prostituierten, die, fügsam gegen die Polizei, der hygienischen Ueberwachung, der sie sich gerne unterwirft, überhaupt kaum mehr bedürfte; aber zugleich auch der Bruchteil, dessen geringere Gefährlichkeit den meisten Männern den Mangel körperlicher Anziehungskraft nicht aufwiegt.

Aber auch junge Elemente und Anfängerinnen der Prostitution strömen der Inskription zu, passive und indolente Naturen, die sich in eine Stellung hineintreiben lassen, die ihnen gar noch glänzend er-

scheinen mag, denen die Schattenseiten dieses Lebens noch unbekannt geblieben, und die schon deshalb keinen Widerstand versuchen, weil sie gelernt haben, daß das geschehen müsse, was die Polizei befiehlt. Gerade diesen Elementen gegenüber aber besteht die ernste Verpflichtung, die Inskription nach Möglichkeit zu vermeiden.

Für die Inskription steht nach wie vor der sittenpolizeiliche Gesichtspunkt im Vordergrunde. Nun ist zwar anzuerkennen, daß in vielen Fällen das hygienische Interesse mit dem polizeilichen Hand in Hand geht. Mindestens ein Teil der Dirnen, für die eine genauere polizeiliche Ueberwachung notwendig erscheint, würde sich auch einer rein ärztlichen Kontrolle gegenüber unbotmäßig zeigen; die gesundheitliche Kontrolle ist gänzlich auf die Polizei angewiesen, um jene Elemente unter ihre Aufsicht zu bekommen. Aber die Reglementierung ist bei weitem nicht im stande, alle überwachungsbedürftigen Prostituierten der gesundheitlichen Kontrolle zuzuführen; sie kann diese Ueberwachung auch nicht auf die gefährlichsten Elemente konzentrieren; sie nimmt viele überhaupt erst dann unter ihre Aufsicht, wenn sie die ansteckungsgefährlichsten Zeiten ihrer Geschlechtskrankheiten bereits überstanden haben. So kann das System den Hygieniker nicht befriedigen.

Die Wohnungsfrage.

Für die Wirksamkeit der Ueberwachung der Prostituierten gewinnt in letzter Linie noch die Ausgestaltung der Wohnungsfrage nicht unwesentlichen Einfluß. Gerade hier aber haben wir mit Faktoren zu rechnen, die von höchstem Interesse für den Hygieniker sind, aber keineswegs einer rein medizinischen Beurteilung unterliegen können, und vor allem der wichtigste Spezialpunkt, die Frage der Bordellierung, wird vielfach entschieden, ohne daß man ihre sanitäre Bedeutung ernstlich diskutierte. Aber auch die hygienische Seite der Angelegenheit unterliegt keiner einheitlichen Beurteilung; gegensätzliche Anschauungen stehen sich hier schroff gegenüber.

Den einen gilt die Bordellierung als eine überwundene und überlebte Einrichtung, den anderen als die einzige Form, die eine wirksame Ueberwachung der Prostitution ermöglicht. Schreien die einen nach der völligen Unterdrückung aller öffentlicher Häuser, so verlangen andere die staatliche oder kommunale Zwangsbordellierung. Innerhalb der Aerzteschaft selbst tritt diese Gegnerschaft zu Tage. Ich nenne als Gegner der Bordellierung: Bergh, Engel-Reimers, als Anhänger derselben: Barthélémy, Wolff.

Wohl die größte Zahl der Polizeiärzte gehört zu den Verteidigern des Bordellsystems. Andere Autoren, wie Neisser, treten für die fakultative Bordellierung ein.

Wir werden bei der Zusammenfassung der hygienischen Gesichtspunkte gar nicht versuchen dürfen, zu entscheiden, ob die Bordelle schlechthin gutzuheißen oder zu verdammen seien, ehe festgestellt ist, in welcher genaueren Form und unter welchen besonderen Voraussetzungen die Bordellierung am besten den Anforderungen der Kon-

trolle gerecht werden kann, und ob nicht jene Voraussetzungen für eine wirksame Bordellierung an den verschiedenen Orten differieren. Der Vergleich mit dem Werte des Systems der einzelwohnenden Dirnen ergibt sich dabei von selbst.

Ausgehend von der Tatsache, daß die Bordelldirne innerhalb eines gegebenen Zeitraumes meist mit einer größeren Anzahl von Männern verkehrt als die Einzellebende, spricht man von der größeren Gefährlichkeit der Bordelldirnen. Aber die Richtigkeit der Behauptung trifft nur für einen Bruchteil jener Personen zu. Wo es sich um junge, noch nicht infizierte Dirnen handelt, besteht für die Bordellierte gewiß die Wahrscheinlichkeit, früher zu erkranken als die Einzelwohnende, um so mehr als eben auch in den Bordellen die frischen Prostituierten am meisten begehrt werden. Die Angabe SPERKS, daß in den Petersburger Bordellen die noch gesunden Prostituierten innerhalb der ersten 3 Jahre syphilitisch werden, während bei einem Teil der Einzelwohnenden sich der Erkrankungstermin bis zum 5. Jahre hinausschiebt, liefert einen gewissen zahlenmäßig verwertbaren Beleg, weil unter den dortigen Voraussetzungen in beide Kategorien Anfängerinnen der Prostitution eintreten, und verträgt auch eine bescheidene Verallgemeinerung.

Die infizierte Dirne hat nun aber im Bordell auch innerhalb eines kurzen Zeitraumes reichlicher Gelegenheit, ihre Erkrankung weiterzugeben. Man hat auch für diesen Satz die statistischen Belege durch Eruierung der „Infektionsquellen“ der erkrankten Männer erbringen wollen. Wir gelangen aber bei weitem noch nicht zu verwertbaren Schlüssen, wenn sich ergibt, daß in manchen Städten und in manchem Milieu sich mehr Männer bei Bordellierten anstecken als bei den einzellebenden Prostituierten.

Vor allem ist dasselbe Argument der stärkeren Inanspruchnahme, das bei den ansteckungsgefährlichen Dirnen zu Ungunsten der Bordelle spricht, bei den älteren, immunen Dirnen gerade in günstigem Sinne verwertbar. Man kann allerdings geltend machen, daß diese Sorte von Prostituierten im Bordelle ebensowenig wie draußen besonders begehrt wird, und daß der Bordellbetrieb ein Interesse an einem Bestand jugendlicher frischer Elemente hat, die eine stärkere Anlockung bedeuten. Aber auf der anderen Seite *kann* der Eintritt der Anfängerinnen in die Bordelle beschränkt oder verhindert werden, und wenn tatsächlich solche Häuser existieren, die vorwiegend Insassinnen beherbergen, die schon vor Jahren syphilisiert wurden und nicht mehr an hochgradig infektiöser Gonorrhöe leiden, so wird eben für die Gefährlichkeit eines Bordells die genauere Zusammensetzung des Personales, nicht die Tatsache der Bordellierung an sich maßgebend.

Dazu kommt, daß in den Bordellen eine maximale Häufung der körperlichen Untersuchungen der Insassinnen möglich ist, und daß damit auch die gefährliche Dirne rascher und sicherer dem Verkehr entzogen werden kann. Die Forderung der täglichen Untersuchungen erscheint hier durchführbar. Dabei kann das geschäftliche Interesse der Bordellwirtin die Zwecke der hygienischen Aufsicht unterstützen; sie soll mitverantwortlich dafür sein, daß den Dirnen alle jene hygienischen Hilfsmittel zu Gebote stehen, durch die sie sich selbst einen gewissen Schutz vor Ansteckungen verschaffen und auch beispielsweise Uebertragungen minder ansteckungsfähiger Gonorrhöen auf ihre Klienten verhüten können; sie hat mit dafür einzustehen, daß die Dirnen jene Sauberkeitsmaßregeln nicht vernachlässigen. Wenn er-

fahrene Praktiker eine tägliche Untersuchung der Isolierten für unerreichbar halten und auf den fühlbaren Widerstand hinweisen, den bei diesen eine Häufung der Untersuchungen hervorruft und der in konkreten Fällen so weit geht, daß man lieber auf eine Vermehrung der Visiten verzichtete, um eine größere Anzahl von Prostituierten für die Untersuchung zu gewinnen (LE PILEUR - Bordeaux), so ist bei den Bordellierten die tägliche Untersuchung (wenn auch vielleicht nur im Bordell selbst und durch die Bordellwirtin oder durch Privatärzte, die von ihr mit dieser Aufgabe betraut werden) zu erreichen.

Aber da die Bordellwirtin an ihren Dirnen kein rein hygienisches Interesse besitzt, ist allerdings zu fürchten. daß sie blanchierende Eingriffe begünstigt, oder daß sie da, wo sie an Stelle der minderwertigen kranken bessere, gesunde Dirnen findet, die Fluktuation der kranken Prostituierten unterhält. Wenn es also selbst gelingt, in einem solchen Hause den Betrieb sanitär ungefährlich zu gestalten, so ist damit für die Assanierung der Prostitution im großen noch nichts erreicht; ein Durchhetzen der Dirnen durch die Bordelle kann im Gegenteil zu einer Steigerung der venerischen Krankheiten unter den Prostituierten führen, teils durch die Notwendigkeit des beständigen Nachschubs, teils durch den Eintritt kranker aus den Bordellen kommender Elemente in die geheime Prostitution.

Ich halte schon deshalb den Vorschlag MIREURS nicht für annehmbar, der die Bordellinhaber einfach für die Gesundheit ihrer Dirnen verantwortlich machen möchte und der eine genügende Garantie für die richtige Handhabung des Systems darin erblickt, daß die Behörden sich auf gelegentliche Revisionen beschränkten und daß die Entdeckung einer Kranken, die nicht rechtzeitig spontan ins Hospital geschickt würde, zur schweren Bestrafung der Bordellwirtin führen solle.

MIREUR möchte dabei überhaupt jegliche Kontrolle auf die Bordelldirnen beschränken.

Die Bordellierung scheint nun aber auch im stande zu sein, durch Ausschluß gefährlicher Männer den Dirnen einen gewissen Schutz zu bieten und damit jene hygienischen Garantien zu erhöhen. Einzelne Autoren haben sich von einer körperlichen Untersuchung der Männer beim Eintritt in das Bordell wesentlichen Nutzen versprochen. Tatsächlich findet eine solche Männerkontrolle auch mancherorts in ausländischen (meist teueren!) Bordellen statt. Der Einwand, daß eine derartige Maßregel die kranken Männer von den Bordellen fernhielte und nur zur Infektion anderer meist geheimer Dirnen und damit wiederum zu wesentlicher Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beitragen müßte, verdient an sich alle Beachtung; er fällt aber weg, solange es sich nur speziell um die Assanierung der Bordelle handelt. Man hat auch ins Feld geführt, daß gesunde Männer, die jene körperliche Untersuchung als eine Verletzung ihrer Manneswürde betrachten, solchen Bordellen fern blieben; dafür aber würde sich gewiß eine größere Zahl von Männern finden, die sich gerne jenen Untersuchungen unterzögen, wenn damit höhere gesundheitliche Garantien zu erreichen wären. Solche Bordelle hätten demnach gewiß auf reichlichen Besuch zu rechnen.

Es kann aber fraglich bleiben, ob die Maßregel, die in einzelnen Häusern sicher durchführbar erscheint, in einer breiteren Verallgemeinerung nicht auf wesentliche technische Schwierigkeiten stöße, schon deshalb, weil sich kaum eine genügende Zahl von Aerzten für jene Tätigkeit

fände, die man dem niederen Heilpersonal mit Rücksicht auf die Zuverlässigkeit der Untersuchung nicht wohl anvertrauen möchte. Man darf sich überhaupt keine übertriebene Vorstellung von den direkten Resultaten einer solchen Kontrolle machen. Schwerste und manifeste Erkrankungen an den Genitalien würden ohne weiteres erkannt werden, und damit ließen sich wenigstens die gefährlichsten männlichen Elemente fernhalten, aber diese Untersuchung könnte auch jede einigermaßen erfahrene Dirne selbst vornehmen. Ueber eine große Zahl mehr oder minder latenter Syphilisfälle wie über eine große Menge infektiöser Gonorrhöen wäre auch dem Arzte bei der nur flüchtigen Kontrolle, die der Massenbetrieb des Bordells zuläßt, kein genaues Urteil möglich. Auch ist zu befürchten, daß jene Männeruntersuchung am Bordelleingang die hygienische Wachsamkeit der Dirnen selbst wie ihre Vorsicht und Sauberkeit ungünstig beeinflussen könnte. Dem hygienischen Vorteil stände dann ein greifbarer Nachteil gegenüber. Alles in allem schrumpft die Bedeutung des Vorschlages, der vielen auf den ersten Blick einleuchtet, zusammen. Wesentlich mehr als schon jetzt durch die Wachsamkeit der Bordelldirnen geschehen k a n n, denen in zweifelhaften Fällen auch noch der Rat einer erfahrenen Genossin zur Seite steht, wäre auch durch jene obligatorische Männerkontrolle nicht zu erreichen. Sie ergäbe nur die Gewißheit, daß eine Untersuchung, die man von seiten der Dirnen voraussetzen möchte, tatsächlich durchgeführt wird; sie hätte schließlich mehr Bedeutung dadurch, daß von vornherein kranke Männer sich nicht jener Kontrolle zu unterziehen wagten und damit die gefährlichste Kundschaft von jenen Häusern fern bliebe, als daß bei der Kontrolle selbst verborgene Krankheitsfälle aufgedeckt würden. Wohin aber würde man geraten, wenn alle nur „Verdächtigen" aus den Bordellen ausgeschlossen würden?

Daß etwa gar kranke Männer durch eine solche Kontrolle nicht nur zurückgewiesen, sondern abgefangen und einer Zwangsbehandlung zugeführt würden, und daß man jenen Kontrolleuren entsprechende autoritative Befugnisse einräumte, dafür werden sich die gesetzlichen Grundlagen nicht finden, so verlockend es manchem erscheinen mag, durch solche Zwangsmaßregeln den Geschlechtsverkehr wenigstens in gewissem Umfange zu assanieren.

Es ist umgekehrt sogar für wünschenswert erklärt worden, daß gerade jene Männer, die gefährlich werden könnten, die Bordelle aufsuchten; denn wenn von ihnen dann eine Infektion ausginge, ließe sie sich bei der gehäuften Untersuchung der Dirnen rasch aufdecken. Ein solcher Vorschlag zeigt nur, wieweit man tatsächlich mit der traurigen Gewißheit rechnet, daß die Männer sich durch das Bewußtsein, daß sie sicher oder möglicherweise ansteckungsfähig sind, vom geschlechtlichen Verkehr nicht zurückhalten lassen.

Ein interessanter Vorschlag Sperks wollte den syphilitischen Männern die Möglichkeit des geschlechtlichen Verkehrs offen lassen, ohne daß sie dadurch Schaden stiften könnten. Es sollten besonders kenntlich gemachte Bordelle eingerichtet werden, die nur syphilitische Dirnen beherbergten. Mit diesen könnten syphilitische Männer verkehren, ohne andere zu gefährden und ohne selbst Gefahr zu laufen. Umgekehrt könnten unter solchen Voraussetzungen Prostituierte mit latenter sekundärer Syphilis, die der moderne Hygieniker asylieren möchte, unbedenklich ihrem Gewerbe nachgehen. Man würde aber bei

uns vergebens auf eine gewissenhafte Benutzung derartiger „Syphilis“-bordelle seitens der Männer rechnen, für die sie bestimmt wären.

Mancher wird sich nicht selbst als syphilitisch dokumentieren wollen, andere werden sich vor der Infektion durch die syphilitischen Mädchen fürchten, weil sie nicht wissen, daß sie selbst nichts mehr zu fürchten haben. Anderen wieder kann die einfache Tatsache, daß jene Prostituierten als krank bekannt sind, zur Hemmung werden und Widerwillen einflößen. Der ganze Vorschlag wird unausführlich, weil eben keine Möglichkeit besteht, die syphilitischen Männer auch nur im wesentlichen auf den Verkehr mit den syphilitischen Dirnen zu beschränken. Dieselben Bedenken, die jene Syphilisbordelle erwecken, sind auch für die aus gleicher Erwägung heraus geforderte Einrichtung geltend zu machen, daß Bordelle einzelne syphilitische Dirnen für die syphilitischen Männer bereit halten könnten. Ueberhaupt wird man sich zu hüten haben, den geschlechtskranken Männern Zugeständnisse zu machen, die das berechtigte Bestreben nur hindern können, solchen Individuen die volle Verantwortung für ihr sexuelles Verhalten aufzuladen.

Es ergibt sich eine ganze Reihe von hygienischen Gesichtspunkten, die bei der Bordellierungsfrage hereinspielen, und im einzelnen für gewisse Bordelle praktische Geltung besitzen, ohne generell auf das Bordell anwendbar zu sein. Es gibt eben verschiedene Sorten solcher Häuser und der spezielle Charakter des Bordells verleiht ihm die größere oder geringere Gefährlichkeit. Und so können je nach dem speziellen Milieu die ebensogut Recht behalten, die behaupten, die Männer wollen wegen der gesundheitlichen Gefährdung nicht in den Häusern verkehren, wie andere, die darauf verweisen, das Bordell locke durch die hygienischen Garantien, die es übernehme. Wenn den Bordelldirnen die größere Unsauberkeit, Sorglosigkeit und Gleichgültigkeit gegenüber den venerischen Krankheiten nachgesagt wird, die geringere Skrupellosigkeit in der Auswahl der Männer, der Zwang, sich jedem, auch dem Kranken hinzugeben, so ist diese Verallgemeinerung falsch. Wo diese Punkte zutreffen, ist nur bewiesen, daß die betreffenden Bordelldirnen auf einer niedrigen Stufe stehen, und daß es sich um schlecht geführte Häuser handelt. Denn es läßt sich auf der anderen Seite zu Gunsten gewisser Bordelle anführen, daß dort den Insassinnen hygienische Hilfsmittel in größter Bequemlichkeit zu Gebote stehen, daß der geschäftliche Vorteil der Bordellwirtin auch das hygienische Interesse berücksichtigen muß, und daß die Bordelldirne, gerade weil es ihr nicht an Nachfrage fehlt, eher im stande ist, einen kranken Klienten zurückzuweisen, als die Einzellebende, die vielleicht froh sein muß, überhaupt einen Mann eingefangen zu haben. Verallgemeinernde Behauptungen sind also hier falsch; und will man Bordelle dulden, so wird man sich um die genaueren Interna zu kümmern haben, und aus dem Satze, daß den hygienischen Anforderungen genügende Bordelle kostspielige Einrichtungen darstellen, die Konsequenzen ziehen müssen.

Zugleich müssen in den Bordellen gewisse Mißstände ausgeschaltet werden, die nicht direkt auf dem hygienischen Gebiete liegen.

Es ist begreiflich, daß der moralische Ansturm gegen die Reglementierung sich im allerhöchsten Maße gegen die Bordelle wendet, durch die das moralische Aergernis seinen kompaktesten Ausdruck erhält und man kann wohl die Ueberwachung der Prostituierten anerkennen und doch speziell die Bordelle verdammen. Allerdings geben

jetzt wohl die meisten Moralisten zu, daß die Anlockung, die von der Straßenprostitution ausgeht und sich hier den Männern aufdrängt, intensiver ist, als die Lockung eines abgelegenen Bordells, das der Mann aufsuchen muß. Aber diese Häuser werden uns als mittelalterliche Lasterhöhlen geschildert, als Stätten der infamsten Knechtung der Dirnen wie den wildesten Ausschweifungen der Männer. Darauf ist nur zu erwidern, daß eine obrigkeitliche Aufsicht das Anhängigkeitsverhältnis der Dirne von ihrer Wirtin im Bordell mindestens ebensogut regulieren und beschränken kann wie dasjenige der Einzellebenden; sie setze genau fest, wieviel für Wohnung und Beköstigung zu zahlen sei, und mache darauf aufmerksam, daß die Prostituierte jederzeit gegen ungerechtfertigte Ausbeutung durch die Wirtin Beschwerde erheben kann, und daß gegen den Austritt aus dem Bordelle keine unnötigen Schwierigkeiten erhoben werden dürfen. Damit ist wohl den Dirnen in den Bordellen ein höherer Schutz gewährt als da, wo eine unerfahrene Einzellebende in die Hände gewissenloser und kaum zu kontrollierender Hauswirte und unter den schmachvollen Zwang eines Zuhälters fällt. Durch eine genaue Hausordnung und vor allem durch das Schankverbot entfällt eine Fülle von Bedenken gegen die Bordelle; dabei ist eine unauffällige Inspektion der öffentlichen Häuser der Polizei jederzeit möglich und sie kann damit die widerlichen Auswüchse des Bordellbetriebes hintanhalten.

Um alle diese Dinge hat sich eine Konzessionierung von Bordellen gründlichst zu kümmern, und sie finden leider nicht die genügende Berücksichtigung da, wo solche Häuser nur als stillschweigend geduldete Einrichtungen bestehen. Den zum Teil recht phantastischen Vorstellungen von den Verführungen eines Bordells stehen die sehr realen Verlockungen gewisser öffentlicher Vergnügungsetablissements gegenüber, die auch nichts weiter darstellen als Märkte der Prostitution.

Nüchtern betrachtet, ist das Bordell ein Haus, in dem inskribierte Prostituierte wohnen und ihr Gewerbe ausüben, und in dem zugleich eine Verwalterin gewisse administrative und medizinalpolizeiliche Garantien zu übernehmen hat. Wenn nur eingeschriebene Dirnen zugelassen werden, hat es die Behörde in der Hand, alle jene Elemente von den Häusern fernzuhalten, die ihr für Rettungsversuche geeignet erscheinen; sie kann auch, zumal wenn sie sich nicht auf eine ausschließliche Bordellierung beschränken will, für diese Häuser eine engere Auswahl treffen als für die Inskription im allgemeinen. Es wird sich allerdings fragen, ob sich durch alle diese Dinge die gewünschte Wirkung erzielen läßt.

Denn man sagt, daß ein Eintreten für die Bordellierung heutzutage wenig praktischen Wert mehr haben könne, da die öffentlichen Häuser sich nicht mehr erhalten ließen, selbst wenn man sie befürworten und unterstützen wolle. Selbst wenn sich Gründe der Zweckmäßigkeit zu Gunsten der Bordelle fänden, beweise die gegebene Entwickelung, daß von einem Fortbestand der Bordelle nicht die Rede sein könne.

In der Tat ist der zahlenmäßige Rückgang der öffentlichen Häuser unverkennbar auch in solchen Staaten, die ihrem Bestande keine gesetzlichen Schwierigkeiten in den Weg legen.

Vor allem sind die Zahlen der großen französischen Städte anzuführen:

Paris hatte	1843	235 Häuser	mit	1450	Dirnen
	1857	199 „	„	2008	„
	1897	41 „	„	490	„

In Lyon gab es	1864	42 Häuser
	1878	28 „
	1885	23 „

Die mittlere Inskriptionszahl der Bordelldirnen betrug 239 im Jahre 1878, 171 im Jahre 1889 (GIRAUD). Einzelne Häuser waren ganz geschlossen worden, in anderen war die Zahl des Personals zurückgegangen. In derselben Zeit stieg die Zahl der „Isolées" von 332 auf 571 an.

Brest	zählte	1877	27 Bordelle,	1885 noch	19
Bordeaux	„	1869	60 „	1895 „	21
Marseille	hatte	1873	125 Bordelle mit	600	Dirnen
„	„	1899	12 „ „	90	„ !

Dieser Rückgang erfolgte trotz wohlwollender Haltung der Behörden und trotzdem der Charakter der Hafenstadt die Existenz der Bordelle eher begünstigt.

Nun bestanden aber 1899 neben den 12 „Maisons fermées" noch

55 „Maisons libres"
65 „Magazins"
33 „Maisons de passe"

als Prostitutionslokale. Und gerade das Emporkommen der „Maisons libres" zeigt, daß wir es nicht mit einem einfachen Verschwinden, sondern mit einer Umwandlung der Bordelle zu tun haben, die übrigens von der Mehrzahl der Bordellwirtinnen selbst gewünscht wurde.

Diese Häuser bieten die gesundheitlichen Garantien polizeiärztlich kontrollierter Prostituierter; das Zuhälterwesen fällt fort.

Die „Matrone" ist keinem strengen Reglement unterworfen; sie braucht keine speziellen Garantien zu übernehmen, und hat ohne große Ausgaben einen sicheren Gewinn durch den Schankbetrieb jener Häuser wie durch Bezahlung der Mädchen für Kost und Logis.

Der Vorteil, der durch den Rückgang der „Maisons fermées" erreicht ist, erscheint noch fraglicher, wenn wir hören, das gleichzeitig in der Stadt die „Garnies", „Maisons meublées", Maisons de passe u. s. w. in denen die heimliche Prostitution ausgeübt wird, wesentlich zugenommen haben.

MIREUR verweist darauf, daß innerhalb von 20 Jahren etwa 90 Bordelle in Marseille gestrichen worden sind, daß sie aber faktisch als „Maisons garnies" mit der gleichen Sorte von Insassinnen wie früher weiter bestehen.

Aus anderen Ländern sei angeführt:

Rückgang der Petersburger Bordelle von 220 (1879) auf 72 (1886).

Ständige Abnahme der Toleranzhäuser in Kopenhagen (es gab 1897 noch 33 Häuser mit 100 Insassinnen.

Abnahme der Bordelle in Italien, trotzdem die Regierung ihrer Existenz keine prinzipiellen Schwierigkeiten macht.

Nun ist dieser allgemein festgestellte Rückgang der öffentlichen Häuser nicht überall ein spontaner; die administrativen Behörden können jene Häuser auch ohne ausdrückliches Verbot zum Aussterben bringen, wenn sie durch ihre Haltung den Schluß bestehender Häuser veranlassen und keine neuen Konzessionen erteilen. Vor allem ist

überall zu fragen, was an Stelle der verschwindenden Bordelle tritt. Die geschilderten Zustände ergeben, daß in Bordeaux für die öffentlichen Häuser sehr ähnliche Einrichtungen aufgetaucht sind, die nur den Dirnen die größere Freiheit garantieren. In Holland und anderwärts bedeutete der offizielle Schluß der Bordelle eher eine Verschlimmerung, weil diese Häuser keineswegs verschwanden, sondern eben nur unter harmloserer Bezeichnung, dafür aber der gefährlicheren Heimlichkeit weiter bestehen.

Was ist mit einem Versteckspiel erreicht, das keinen moralischen Fortschritt bedeutet und das an Stelle der offiziellen Kontrolle die ganzen hygienischen Garantien von dem guten Willen und dem geschäftlichen Interesse der Bordellwirtin abhängig macht? Alle Bordellsurrogate, Mädchenkneipen u. s. w., erscheinen schließlich in moralischer wie hygienischer Hinsicht schlimmer als das beseitigte Uebel.

MIEHE betont, daß in Städten, in denen man die geheimen Bordelle nicht habe aufkommen lassen, die überwachten Häuser keineswegs abgenommen hätten. Dieser Hinweis verdient die höchste Beachtung, selbst wenn er nur für einzelne Städte recht behält.

Es ist versucht worden, die Tatsache des Rückgangs der Bordelle aus zwingenderen Gründen heraus zu erklären, als aus der unfreundlichen Haltung der Behörden. Die Prostituierte suche sich in steigendem Maße der Bordellierung zu entziehen; der Drang nach Bewegungsfreiheit und Selbständigkeit, das wohlbegreifliche Bestreben, eine Position offen zu halten, die womöglich die Rückkehr zu einem anständigen Erwerb frei lasse, selbst wenn dieser nur den Deckmantel für die weitere Ausübung der Prostitution abgeben sollte, kurz alles, was eine Person der geheimen Prostitution zutreibt, müssen sie veranlassen, gerade die Einrichtung nach Möglichkeit zu fliehen, die den intensivsten Zwang, die genaueste Ueberwachung, die tiefste Abhängigkeit bedeute.

Diese Anschauungen treffen zum mindesten für einen Bruchteil der Prostituierten zu; sie liefern ein wichtiges Argument gegen die Möglichkeit einer allgemeinen Zwangsbordellierung.

Auf der anderen Seite werden Gründe für das Nachlassen der Nachfrage nach den Bordellierten in Menge angeführt, die im einzelnen in den verschiedenen Ländern ungleich schwer ins Gewicht fallen. Speziell von französischer Seite ist eine psychologische Erklärung für den Niedergang der Bordelle versucht worden: Der moderne Mann wolle im sexuellen Verkehr zum mindesten die Illusion der Eroberung genießen, und diese werde ihm in den Bordellen am gründlichsten zerstört. Auch haben viele Männer den Wunsch, ihre Liebesabenteuer geheim zu halten und würden es im Interesse ihrer Reputation vermeiden wollen, daß sie etwa in einem Bordelle gesehen würden.

Die Annahme, daß die Bordelldirnen häufiger krank befunden würden als die übrigen Prostituierten und daß die Kenntnis der größeren Gefährlichkeit zur Diskreditierung der Bordelle führe, ist nicht ohne Bedeutung, wenn sie auch nur für spezielle Voraussetzungen gelten mag, und wenn auch gerade im Gegenteil andere Männer die Bordelle deshalb aufsuchen wollen, weil sie dort die größeren gesundheitlichen Garantien zu finden hoffen.

Andererseits wiederum hält eine strenge Hausordnung, die gewisse niedere Lockmittel des Bordells ausschließt, einen Teil der Männer von den öffentlichen Häusern fern.

Sicher hat das Bordellpublikum im großen und ganzen eine besondere Signatur und stellt nur einen Bruchteil der Männer dar, die mit Prostituierten verkehren wollen, wenn auch BLASCHKO zu weit geht, wenn er meint, „nur ein paar schüchterne Jünglinge, Fremde, Matrosen und Betrunkene wären heute noch die Stammgäste der Bordelle und andere Männer gingen eigentlich mehr als Neugierige dorthin“.

Wir werden die Untersuchung dieses Punktes alsbald wieder aufzunehmen haben.

Der derzeitige Stand der Bordellfrage in Deutschland zeigt, wie wenig eine generelle Entscheidung über die bisher hier behandelten Punkte möglich wäre. Die Entwickelung der Dinge in Preußen, die für das ganze Reich mehr oder minder maßgebend wurde, verweist auf eine große Verlegenheit und Unsicherheit der Behörden in der Behandlung der Bordellfrage.

Das allgemeine preußische Landrecht hatte die öffentlichen Häuser sanktioniert. Und zwar lautete Teil II, Tit. 20, § 999: Liederliche Weibspersonen, welche mit ihrem Körper ein Gewerbe treiben wollen, müssen sich in die unter Aufsicht des Staates geduldeten Hurenhäuser begeben.

§ 1000. Dergleichen öffentliche Häuser sind nur in großen volkreichen Städten und nicht anders als in abgelegenen Straßen und ganz entfernten Orten zu dulden.

Die immer und immer wieder erneute Agitation gegen diese Häuser fand nun ihre Stütze in jenem § 147 des preußischen Strafgesetzbuch von 1851, wonach jede Art von Kuppelei mit Gefängnis bestraft werden sollte. Nach einer Entscheidung des preußischen Obertribunals aus dem Jahre 1856, wonach der klare Wortlaut des § 147 das Halten von Bordellen unter allen Umständen verbietet, selbst wenn die Absicht des Gesetzgebers bestanden haben sollte, nach § 146 auf Grund polizeilicher Anordnungen Bordelle zu dulden, erfolgte in Berlin und anderswo der definitive Schluß der öffentlichen Häuser, während in manchen anderen Städten der Monarchie in der Folge Bordelle weiter bestanden oder eröffnet wurden. Dieselben Zustände finden wir nun im ganzen Deutschen Reiche, obwohl speziell durch ein Reichsgerichtserkenntnis vom 29. Januar 1883 das Bordellhalten selbst mit polizeilicher Genehmigung für strafbar erklärt wurde.

Nach dem Wortlaute des § 180 des R.St.G.B. kann kein Zweifel an der Ungesetzlichkeit der Bordelle bestehen.

Die Polizei, die solche Häuser kennt, verschanzt sich eventuell hinter den Standpunkt, daß es sich um keine Bordelle „in polizeitechnischem Sinne“ handele, wenn sie dahin zu wirken sucht, daß das Verhältnis zwischen Vermieter und Bordelldirne ein reines Miet- resp. Aftermietverhältnis darstelle und wenn sie den Bordellinhabern gegenüber keine Garantie gegen Anzeigen auf Grund des § 180 übernimmt. Diese Situation wird aber um so schwieriger, je mehr die Polizei sich um die inneren Angelegenheiten der Bordelle kümmert und eine Kontrolle des täglichen Pensionspreises der Insassinnen wie überhaupt der fortlaufenden und gelegentlichen Bezahlungen ausübt, die seitens der Mädchen an die Bordellinhaber zu zahlen sind. Eine solche Kontrolle muß aber direkt verlangt werden, wenn die Polizei überhaupt Bordelle bestehen läßt.

Duldet die Polizei im offenbaren Gegensatz zu den gesetzlichen Bestimmungen Bordelle oder übt sie gar einen versteckten Bordellzwang aus, so wird sie dazu besonders durch die administrativen

Vorteile des Systems veranlaßt. Nur durch die Bordellierung läßt sich die reglementierte Prostitution von der Straße verbannen. Es wäre widersinnig, wollte die Polizei den Dirnen, die sie als gewerbsmäßig überwacht, nicht die Möglichkeit geben, ihre Klienten zu finden; im Gegenteil, sie muß wünschen, daß die kontrollierten Prostituierten den unkontrollierten vorgezogen werden. Sie kann deshalb zwar den Isolierten gewisse Beschränkungen für ihren Verkehr auferlegen, aber sie wird nicht hindern können, daß der „Strich" dieser Prostituierten wenigstens zu gewissen Stunden bestimmten Straßen ebensogut ein besonderes Gepräge verleiht, wie gewisse Kaffeehäuser, Vergnügungslokale u. s. w. durch die Prostituierten ihren speziellen Charakter bekommen. Die Bordelle ersparen Einheimischen und Fremden solche Eindrücke; denn die Bordelldirne bedarf keiner „Handelsbörse". Darum ist auch die allgemeine Gefährdung die größere, die von jenen Dirnen ausgeht, die an der Oeffentlichkeit ihre Beziehungen suchen, um so mehr, als diese auch das Angebot der unkontrollierten Prostitution auf der Straße steigern. Das Anstößige eines solchen Treibens wie die Belästigung anständiger Frauen auf der Straße fällt mit der Bordellierung fort, und die Polizei hat es dann vor allem weit leichter, mit größerem Nachdruck der unkontrollierten Prostitution an der Oeffentlichkeit entgegenzutreten. Die Bordelldirne selbst macht der Polizei geringere Schwierigkeiten; sie ist durch die geringere Bewegungsfreiheit gar nicht in der Lage, sich alle jene Verfehlungen gegen die Reglementierungsvorschriften zu schulden kommen zu lassen, die fortgesetzt eine Fülle von Polizeistrafen gegen die Einzelwohnenden veranlassen.

Die bordellierte Prostitution wirkt minder provokatorisch. Aber die Konzentration erscheint der Polizei als der Hüterin der öffentlichen Ordnung nicht nur mit Rücksicht auf die Beschränkung des Verkehrs der Prostituierten an der Oeffentlichkeit wünschenswert. Die Polizei soll auch darauf achten, daß der Unzuchtsbetrieb nicht in Häusern stattfinde, in denen er eine moralische Gefährdung für Unbeteiligte bedeutet. Hier gilt es zum mindesten, die Kinder und die heranwachsende Jugend zu schützen. Eine Gefährdung der Hausgenossen fällt aber nur in einem ausschließlich von Prostituierten und ihrer Bedienung bewohnten Hause weg, d. h. in einem Bordell. Ueberall, wo einzelne Prostituierte sich einmieten, fehlt jene Garantie. Je mehr man die Prostituierten zu zerstreuen sucht, je mehr man das gemeinsame Wohnen mehrerer Dirnen in einem Hause hindert, desto mehr steigert sich jene Gefahr, besonders da es gewöhnlich die dichtbevölkerten Gassen älterer Stadtteile sind, auf welche die Prostituierten angewiesen bleiben. So wurde in Dresden 1897 festgestellt, daß wahrscheinlich in allen Fällen Kinder unter 16 Jahren in einem Hause mit Prostituierten wohnten und daß, wenn man diesen Zustand verhindern wollte, gar nicht die genügende Anzahl von Häusern zu finden wäre, in denen Prostituierte überhaupt wohnen könnten — oder man müßte eben die Prostituierten kasernieren, d. h. ihnen bestimmte Häuser und Straßen zuweisen.

Bei der Bestimmung, daß nicht mehr als eine der Aufsicht unterstellte Frauensperson in einem Stockwerk und bei ein und demselben Vermieter wohnen durfte und daß nicht mehr als vier derartige Frauenspersonen in einem Hause Wohnung nehmen durften, fanden sich 1897 in Dresden:

42	Straßen, wo in je	1	Haus	zumeist 1	Prostituierte(n) wohnte(n), in Summa	50
7	„ „ „ „	2	Häusern	2—3	„ „ „ „	38
2	„ „ „ „	3	„	2—3	„ „ „ „	16
3	„ „ „ „	4	„	2—3	„ „ „ „	30
1	„ „ „	5	„	4	„ „ „ „	20
1	„ „ „	6	„	4	„ „ „ „	24
1	„ „ „	13	„	4	„ „ „ „	52
57		98				230

Es ist danach aber kein Zweifel, daß in den Augen des Publikums gewisse Häuser weiter als Bordelle und bestimmte Straßen als Prostituiertenquartiere galten; und das bleibt ein wesentlicher Punkt. Mit dem polizeilichen Versuche, die ausgesprochene Bordellierung zu vermeiden, ist dem Publikum gegenüber wenig erreicht, wenn die Wohnstätten der Dirnen doch als Bordelle imponieren. Je mehr aber eine Wohnungsbeschränkung und Konzentration der Prostituierten durchgeführt wird, desto schwieriger wird jene Unterscheidung öffentlichen Häusern gegenüber.

Auch ernsteren kriminellen Gesichtspunkten wird die Bordellierung eher gerecht. Mit der nicht-kasernierten Prostitution ist unausrottbar das Zuhältertum verknüpft; Städte, welche die Kasernierung aufheben, haben regelmäßig sein Emporschießen zu beklagen, und wenn in den großen Städten jene unsauberen Elemente in ihrem Zusammenwirken mit gewissen Klassen der Prostitution nicht ganz zu unterdrücken sein werden, so bedeutet doch wenigstens für Mittelstädte die Kasernierung die Möglichkeit, das Zuhältertum in engsten Schranken zu halten.

Dafür ist allerdings wiederum an der bordellierten Prostitution der Mädchenhandel in höherem Maße interessiert. Die Voraussetzungen der Inskription sollen allerdings, wenn sie richtig gehandhabt werden, eine genügende Möglichkeit bieten, die Vorgeschichte der Dirnen soweit aufzudecken, daß Klarheit darüber geschaffen werde, wieweit sie der Prostitution als Objekt schmählicher Interessen zugeführt wurden, und sie soll und kann vor allem direkt ein Gegengewicht gegen jene Ausbeutung schaffen.

Die Entscheidung zwischen Bordellierung und Isolierung bleibt die Wahl zwischen zwei Uebeln. Nachteile finden sich auf beiden Seiten, und nicht ein dominierender Gesichtspunkt, sondern die Gruppierung von Gründen und Gegengründen bedingt schließlich den Ausfall des Urteils.

Es bleibt eine mißliche Sache, auf Grund statistischer Angaben Stellung zur Frage der Bordellierung zu nehmen. Vergleichende Zahlen verschiedener Herkunft sind nicht gleichwertig, weil der Bruchteil der Dirnen, welcher der Bordellierung anheimfällt, in den einzelnen Ländern und Städten nach Umfang und Art verschieden ist; ja innerhalb ein und derselben Stadt bestehen unter den Bordellen Rangdifferenzen.

Als Beispiel, das ein größeres Zahlenmaterial geliefert hat, können die Bordelle von St. Petersburg dienen. Wwedensky hat — entsprechend dem Bestande vom 1. Januar 1895 — die 689 Insassinnen sämtlicher 70 Bordelle von St. Petersburg untersucht. Er fand nur 273 Dirnen, bei denen von Syphilis nichts zu ermitteln war, so daß höchstens 39,6 Proz. als gesund betrachtet werden konnten. Daß aber selbst diese Zahl noch zu hoch war, geht daraus hervor, daß bei 11 dieser Dirnen im Laufe des Jahres 1895 sekundäre oder tertiäre Symptome beobachtet wurden, die eine frühere Infektion bewiesen.

Die Zahl der **gefährlichen** Dirnen aber verteilte sich keineswegs gleichmäßig auf die verschiedenen Bordelle. Diese Häuser werden in Petersburg nach der Zahlung, die der Besucher zu leisten hat, in 3 Klassen geteilt. In der I. Klasse beträgt der Preis 5 Rubel, in der II. Klasse 3 oder 2 Rubel, in der III. Klasse 1 Rubel oder 50 Kopeken.

Die folgende Tabelle zeigt nun die Gesundheitsverhältnisse in den Bordellen der 3 Klassen:

	Zahl der Bordelle	Zahl der Dirnen	Ohne nachweisbare Syphilis	Mit frischer Syphilis	„Syphilisiert" [1])	gummös
			Proz.	Proz.	Proz.	Proz.
I. Klasse	11	131	77,7	20,0	2,3	—
II. Klasse	18	183	37,2	46,4	13,1	3,3
III. Klasse	41	375	27,5	42,1	26,0	10,4
	70	689	39,6	39	14,8	6,6

Demnach bieten die teuersten Bordelle für die Besucher die geringste Gefahr syphilitischer Infektion; sie enthalten einen sehr großen Bruchteil noch nicht erkrankter Dirnen. Mit der geringeren Klasse wächst die Zahl der Syphilitischen. In der niedersten Klasse findet sich eine ziemliche Anzahl solcher, die längst infiziert worden sind.

Die verschiedene Schichtung bedingt die verschiedene Gefährlichkeit. In zwei Bordellen der I. Klasse waren alle Dirnen gesund; „syphilisiert" fanden sich in dieser Klasse überhaupt nur 3 Dirnen.

In der II. Klasse überwog die Zahl der „Kondylomatösen", aber die Syphilisierten und Gummösen machen bereits einen nennenswerten Bruchteil aus.

Die III. Klasse umfaßt den geringsten Bruchteil von Gesunden, aber die Ansteckungsfähigkeit ist bereits geringer als bei der II. Klasse! In zwei dieser billigsten Bordelle waren sämtliche Insassinnen im syphilisierten oder gummösen Stadium. Sie boten also gewissermaßen „ideale" sanitäre Voraussetzungen dar.

Die Bedeutung der Auswahl der Dirnen für die Gefährlichkeit eines Bordells wird erst recht klar, wenn wir hören, das ein Drittel jener Bordelldirnen bereits vor dem Eintritt in die Bordelle syphilitisch infiziert war.

Sperk hat für die Jahre 1874—1881 mitgeteilt, daß von 2708 Mädchen, die in die Petersburger Bordelle eintraten:

24,2 Proz. ausgesprochene Erscheinungen der Syphilis darboten,
22,8 „ Symptome zeigten, die bewiesen, daß es sich um Syphilitische handelte,
21,8 „ im Laufe langer Jahre frei von Erscheinungen blieben, so daß auf früher überstandene Syphilis geschlossen werden durfte;

im ganzen also waren 68,8 Proz. schon beim Eintritt ins Bordell syphilitisch, von den übrigen erkrankten die meisten im Laufe der nächsten 2 Jahre!

Wwedenskys Mitteilungen erlauben kein Urteil über die Schnelligkeit, mit der die noch gesunden Dirnen in den einzelnen Bordellkategorien erkranken. Hier wäre ein Einblick in die Fluktuation des Be-

1) d. h. seit mindestens 3 Jahren frei von kondylomatösen Erscheinungen.

standes der einzelnen Häuser von größter Wichtigkeit. Aber sicher sind die Dirnen der teueren Häuser durch die geringere Besucherzahl wie die besseren Lebensgewohnheiten verhältnismäßig geschützt.

Zahlen aus verschiedenen auseinander liegenden Jahren (1875, 1881, 1897) ergeben übereinstimmend für St. Petersburg unter den Bordelldirnen 37—40 Proz. im Sekundärstadium der Syphilis.

Nach Zahlen von FIWEJSKY (1893) waren in Moskau je nach der Kategorie der Bordelle 34,4—50 Proz. sekundär Syphilitische unter den Bordelldirnen zu finden.

Für Paris sind die Daten, welche die Krankenhausärzte liefern können, ohne Belang für die Feststellung der Gefährlichkeit der Bordellierten, weil diese sich in ihren Wohnungen behandeln lassen dürfen. So sah BARTHÉLÉMY in 8 Jahren unter 840 Prostituierten nur 7 Bordellmädchen, darunter 2 Syphilitische. Ein Rückschluß auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Bordellmädchen ist daraus natürlich unstatthaft. Aeltere Zahlen von PARENT-DUCHATELET (1812—1832), JEANNEL (1850—1874), auch die Angaben von 1872—1888 stellten durchweg hohe Erkrankungsziffern unter den Bordellierten fest.

Erst durch den Vergleich mit der Erkrankungshöhe unter den einzelwohnenden Prostituierten desselben Ortes gewinnen die Ziffern für die Bordellierten ihre Bedeutung. Gerade die Pariser Zahlen verweisen uns auf Schwierigkeiten dieses Vergleiches.

Sie liegen zunächst in Fehlerquellen der Berechnung.

Die Pariser „Filles en maison“ werden wöchentlich untersucht, die „Filles isolées“ dagegen nur zweimal monatlich: bei jenen wird die Untersuchung regelmäßig durchgeführt, diese dagegen stellen sich weit unregelmäßiger zur Visite ein, oft kaum zur Hälfte. Und es sind hier vor allem die Kranken, die sich der Visite zu entziehen suchen. So wäre zu den Erkrankungen der Isolées noch ein Teil der Zahlen der „Filles arrêtées ou du dépot“ hinzuzuaddieren, d. h. solcher Isolierten, die aus irgend welchen Gründen und vor allem wegen Versäumnis der Visiten sistiert werden; gerade unter diesen aber findet sich, wie wir schon anführten, ein sehr hoher Prozentsatz von Kranken (COMMENGE). Man wird also verschiedene Resultate erhalten, je nachdem man die Zahl der krank befundenen zur Anzahl der zu untersuchenden einzelnen Personen oder zur Zahl der Untersuchungen in Beziehung setzt. Eine Berechnung nach dem zweiten Modus erweist sich bei der einfachen Vergleichung zu günstig für die Bordellierten, während die Berechnung nach der Zahl der Untersuchten die höheren Erkrankungsziffern der Bordelldirnen liefern muß.

Man kann nicht sagen, daß die eine oder die andere Berechnungsweise die richtigere sei, denn die Fragestellung ist verschieden.

Dabei sind Rangdifferenzen zwischen den beiden Gattungen von Dirnen in Betracht zu ziehen, die gerade in den großen Städten meist die bordellierten Dirnen ungünstiger stellen. Je mehr allerdings die polizeiliche Praxis unter den Bordelldirnen eine gesundheitliche Auslese hält, um so mehr muß sich die Statistik zu Gunsten der Bordelle ändern. Wenn PARENT-DUCHATELET, LACOUR, CARLIER u. s. w. für Paris auf eine größere Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Bordellierten verwiesen, so gaben sie selbst als einen wesentlichen Grund an, daß es sich zum größten Teil um Prostituierte niederster Sorte handle. LE PILEUR hebt für Paris hervor, daß von den Bordelldirnen ein größerer Prozentsatz vor der Einschreibung schon syphilitisch war

(bezw. mit dem Eintritt ins Bordell die ansteckungsfähige Periode schon überstanden hat), als von den Einzelwohnenden. In Petersburg soll jetzt den Dirnen im kondylomatösen Stadium nicht mehr gestattet werden, in die Bordelle einzutreten; solange aber unter den russischen Bordelldirnen sich mehr Personen unter 20 Jahren finden als unter den Einzelwohnenden (Stürmer), kommen unter jenen begreiflicherweise mehr Syphilisinfektionen und mehr Syphilisrezidive vor als unter diesen. Man ist in Petersburg bei einer unteren Altersgrenze für die Inskription von 15 Jahren in den Bordellen auf 10-jährige Prostituierte gestoßen (Stürmer)!

In Kopenhagen sind die Bordelldirnen nach Bergh gefährlicher als die Isolierten; sie stellen aber auch Prostituierte niedersten Ranges dar. Die Polizei hat dort das Recht, solche Prostituierte, die sich in bestimmter Weise gegen die Kontrollvorschriften vergangen haben, zum Eintritt in das Bordell zu zwingen.

In Budapest betrug 1888—93 die durchschnittliche Erkrankungshöhe pro Monat 12—15 Proz. bei den Bordellierten, 2—6,5 Proz. bei den Einzelwohnenden.

Aus einer von Jadassohn gelieferten Tabelle wäre nach den polizeilichen Berichte aus einer großen Anzahl mittlerer und größerer Städte Frankreichs die Zahl der Erkrankungen unter den Bordellierten um weit über die Hälfte geringer als bei den Einzellebenden. Aus vielen französischen Provinzstädten wird auf die wesentlich größere Sauberkeit der Bordelldirnen hingewiesen.

Wolff gibt für Straßburg folgende Zahlen an. Es wurden krank befunden:

	Bordelldirnen	Einzellebende
1889	134	285
1890	162	168
1891	100	122
1892	135	70
1893	108	44
1894	24	76

Diese Zahlen ließen sich aber nur verwerten, wenn sie durch die Angabe der Gesamtzahl der bordellierten und der nicht-bordellierten Dirnen und der Fluktuation in beiden Kategorien ergänzt wären. Der Ueberblick wird noch besonders dadurch erschwert, daß nach Wolff die Dirnen in Straßburg häufig aus der Zahl der Einzellebenden in die der Bordellierten übergehen und umgekehrt. Aus Wolffs Mitteilungen geht nur hervor, daß in Straßburg in den ersten drei der oben verwerteten Jahre die Zahl der Bordellierten und der Einzellebenden ungefähr gleich war, daß in den folgenden drei Jahren die Zahl der Kasernierten wesentlich überwog und zugleich wöchentlich zweimal untersucht wurde, während die Visiten der Einzelwohnenden nur einmal in der Woche stattfanden.

Je geringer die Zahl der Bordelldirnen bleibt, je mehr jugendliche Elemente sich unter ihnen finden, je größer ihre Inanspruchnahme und je genauer die Kontrolle, um so mehr Krankheitsfälle werden sich unter ihnen ergeben. Gelingt die rasche Ausschaltung der kranken Dirnen, so hat ihre höhere Morbidität wenigstens direkt noch nicht eine höhere Erkrankung der Männer zur Folge; allerdings wäre eine Sicherheit für die Männer nur auf Kosten einer Häufung der weiblichen Erkrankungen zu erzielen, wenn an Stelle der krank befundenen immer wieder neue der Infektion ausgesetzte Dirnen träten.

Nicht generell zu diskutieren ist die Frage, ob unter den Bordelldirnen die einzelnen venerischen Erkrankungen sich in anderem numerischen Verhältnisse finden als unter den Einzellebenden; denn auch hier hängt die Antwort von der Auswahl der Dirnen ab, deren Unterschiede in den einzelnen Bordellkategorien zu betonen waren. Schließlich laufen alle Auseinandersetzungen darauf hinaus, daß die hygienische Möglichkeit besteht, Bordelle zu schaffen, in denen die Durchführung sanitärer Maßnahmen die Dirnen sowohl vor manchen Erkrankungen schützen, wie auch besonders die Ansteckungsfähigkeit ihrer chronischen Gonorrhöen wesentlich herabmildern kann. Ich verweise auf Wolffs Mitteilung, daß er die Bordellhalterinnen darauf verpflichtet habe, darauf zu sehen, daß jede Dirne ihren Irrigator besitze, daß ihr warmes Wasser zur Verfügung stehe, und daß sie gehalten sei, Irrigationen mit Kaliumpermanganat oder Zinksulfat zu machen, sowie daß sie darüber wache, daß diese Ausspülung mehrfach täglich geschähe, so viel wie möglich vor und nach dem geschlechtlichen Verkehr. Wolff spricht davon, daß er seit Ausübung dieser Maßnahmen eine wesentliche Abnahme der Gonorrhöe konstatiert habe.

Gewiß aber kann auch die einzellebende Prostituierte — eine Regulierung der Wohnungsverhältnisse vorausgesetzt — jene prophylaktischen Maßnahmen durchführen.

Die Probe für die hygienische Wirksamkeit der beiden verglichenen Ueberwachungssysteme liefert die Erkrankungshöhe ihrer Klientel. Auch hier fehlt es nicht an reichlichen Zahlenangaben, deren Verwertung wir aber von vornherein eine Summe von Einschränkungen und Bedenken entgegenstellen müssen.

Eine Beantwortung der Frage auf breitester Basis ist untunlich. Der Versuch, zu zeigen, daß in Ländern, die Bordelle gestatten, die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter der männlichen Bevölkerung größer wäre als in Ländern, welche die Bordelle nach Möglichkeit unterdrückt haben, würde selbst dann wenig beweisen, wenn sich eine positive Antwort fände. Wiederum wäre es fehlerhaft, für das Resultat die eine Voraussetzung verantwortlich zu machen. Es ist ja einleuchtend, daß Länder, in denen der Bordellbetrieb eine selbstverständliche und große Rolle spielt, und in denen die Ueberwachung dieser Häuser mangelhaft gehandhabt wird, gerade hierdurch auf ein allgemein niedriges sexuelles Niveau hinweisen; die Bordelle sind hier weniger als Ursache denn als Symptom der sexuellen Zustände von Bedeutung. Auf der anderen Seite zeigt die ernstgemeinte Unterdrückung der Bordelle, daß in dem betreffenden Lande eine Summe moralischer Kräfte sich wirksam erweisen will, deren allgemeiner Wert nicht unterschätzt werden darf. Daß die Aufhebung der Bordelle einen hygienischen Fortschritt bedeutet, ist damit aber noch nicht gezeigt.

Man könnte aber unter der Voraussetzung eines zuverlässigen Zahlenmaterials der männlichen Erkrankungen zunächst Städte mit Bordellierung und solche mit einzelwohnenden Prostituierten untereinander vergleichen. Nimmt man aber die Gesamtsumme der Erkrankungen der Männer, die auch die von der geheimen Prostitution stammenden Infektionen umfaßt, so wäre für jeden einzelnen Ort der Umfang der geheimen Prostitution als Infektionsquelle genauer festzustellen; vergleicht man aber für die einzelnen Städte nur die Erkrankungen, für welche die inskribierte Prostitution verantwortlich ist, so bliebe

wieder zunächst die Rückwirkung der geheimen Prostitution zu beachten. Für den Gesundheitszustand einer Stadt verliert die Assanierung der überwachten Prostitution, mag es sich um Bordelle handeln oder nicht, um so mehr an Bedeutung, je mehr Männer sich an die geheimen Prostituierten wenden.

Der anscheinende Widerspruch der Zahlenangaben über die Infektionshäufigkeiten in den Bordellen aus verschiedenen Städten löst sich deshalb bei genauerem Eingehen bis zu einem gewissen Grade auf. Wir lassen besser ausländische Mitteilungen beiseite, weil hier für uns jede genaue Kenntnis der intimeren lokalen Voraussetzungen fehlt.

Zu erwähnen ist, daß sich für einem Orte, an dem überhaupt keine öffentliche Kontrolle, aber eine große Zahl von Bordellen besteht (Amsterdam), nach VAN HOORN ergibt, daß sowohl in der privaten, wie in der Spitals- und Armenpraxis viel mehr kranke Männer sich finden, die von den Einzellebenden infiziert wurden. Da nun in den Amsterdamer Bordellen eine — zum Teil sehr gehäufte — Untersuchung der Dirnen stattfindet, so spricht ein solches Ergebnis zunächst nur zu Gunsten der Untersuchung überhaupt, und das Ergebnis wird noch weiter eingeengt, wenn die Angabe richtig ist, daß als ständige Gäste in jenen Häusern nur sehr umschriebene Anteile der Bevölkerung verkehren.

Ziemlich übereinstimmend wird aus großen ausländischen Städten mit ausgedehntem Bordellbetrieb darauf verwiesen, daß ein wesentlicher Bruchteil der in der Hospitalspraxis beobachteten männlichen Erkrankungen aus den öffentlichen Häusern stammt. Darum wäre aber doch der Schluß ungerechtfertigt, daß dieselbe Sorte von Dirnen, wenn für sie an Stelle der Bordellierung eine größere Freiheit träte, ihrer Klientel minder gefährlich wäre.

Für Deutschland läßt die Armee-Statistik kein regelmäßiges Verhalten derart erkennen, daß in Garnisonen, die in Bordellstädten liegen, die Erkrankungsziffern besonders hohe oder besonders niedrige wären. Die ganzen Besonderheiten der Militärstatistiken spiegeln sich eben auch in dem speziellen Punkte wider, und wir müssen auch die Frage bis zu einem gewissen Grade offen lassen, ob Bordelle für die Armee von Nutzen wären. Denn so einleuchtend die Argumentation ist, daß bei gesunden Bordelldirnen den gesunden Soldaten das geringste Risiko erwächst, so ist auf der anderen Seite auf die Massenverbreitung venerischer Krankheiten hinzuweisen, die gerade bei Soldaten durch kranke Bordelldirnen hervorgerufen worden sind. Der springende Punkt wäre also hier die Genauigkeit der Ueberwachung und die Auswahl der Bordelldirnen.

Auch die BLASCHKOsche Kaufmannsstatistik ergibt für Bordellstädte teils hohe, teils niedere Ziffern. Ja, es zeigt sich dabei noch die mangelnde Uebereinstimmung zwischen Kaufmanns- und Militärstatistik:

Stadt	Kaufleute Proz.	Garnison Proz.
Magdeburg	13,3	3,3
Hamburg	11,7	5,5
Halle	11,0	4,2
Leipzig	10,8	5,6
Mannheim	8,7	2,2
Bremen	8,7	3,0
Dresden	6,5	5,0
Braunschweig	6,2	2,8
Chemnitz	6,0	5,9
Nürnberg	3,9	4,4

Wollte man die Widersprüche dieser Zahlenreihen auflösen, so müßte man vor allem wissen, wie viele Infektionen in jeder der beiden Kategorien tatsächlich in den Bordellen erfolgt sind. Wenn in einer Stadt die Mehrzahl der eingeschriebenen Prostituierten kaserniert ist, so werden bei gleicher Gefährlichkeit begreiflicherweise von ihnen mehr Erkrankungen ausgehen, als von der Minderzahl der Einzellebenden.

Wolff hebt hervor, daß in Straßburg die venerischen Infektionen der Männer nur zum geringen Teil aus den Bordellen stammen. Er stellt aus dem Materiale seiner Poliklinik folgende Zahlen zusammen:

Jahr	Zahl der in Straßburg erfolgten venerischen Infektionen	Davon aus Bordellen stammend
1896	205	47
1897	228	51
1898	229	62

Dabei ist der größere Teil der Inskribierten kaserniert; die geheime gewerbsmäßige Prostitution scheint in Straßburg von der Polizei mit ziemlicher Energie verfolgt zu werden.

Interessant ist die Feststellung, daß ein recht beträchtlicher Prozentsatz der in Straßburg beobachteten Erkrankungen überhaupt nicht aus der Stadt selbst stammt.

Von den Erkrankten in der Straßburger Garnison hatten sich

1896	von	460	Kranken	126
1897	„	547	„	195
1898	„	489	„	166

auswärts infiziert.

In gewissen Mittelstädten, in denen man sich auf eine Bordellierung weniger Dirnen beschränkt und die geheime gewerbsmäßige Prostitution nach Möglichkeit verfolgt, spielen solche außerhalb der Stadt in großen Nachbarstädten acquirierte Erkrankungen der Männer eine vielleicht noch nicht genügend beachtete Rolle.

Eine letzte Fragestellung liefern in dem hier behandelten Zusammenhang Städte, die mit dem System der Ueberwachung im Laufe eines bestimmten Zeitraumes gewechselt haben.

Für Dresden, wo bis zum Jahre 1890 Bordelle bestanden, die seit 1888 langsam evakuiert wurden, hat Werther umfassende Aufstellungen geliefert, die ihm für einen ungünstigen Einfluß der Aufhebung der Bordellierung sprechen (s. Tabelle auf S. 218).

Er findet nach Aufhebung der Bordelle:

1) Zunahme der Erkrankungen innerhalb der Garnison, die aber nach Verschärfung der Prostituiertenuntersuchung und Vermehrung der Einweisung von Prostituierten ins Krankenhaus wieder zurückging.

2) Zunahme der ins Stadtkrankenhaus aufgenommenen kranken Männer und Frauen.

3) Augenscheinliche Zunahme der geheimen Prostitution, beurteilt nach den Anzeigen wegen gewerbsmäßiger Unzucht und nach der Zahl der aufgegriffenen geheimen Prostituierten.

Werther verwertet außerdem die Tatsache, daß unter den aufgegriffenen geheimen Prostituierten sich mehr Kranke fanden als unter den Inskribierten, und schließt aus der durchschnittlich längeren Behandlungsdauer der ersteren auf die größere Schwere ihrer Erkrankungen.

Aus Werthers Statistik zur Prostitutionsfrage in Dresden.

	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896
1. Im Stadtkrankenhause aufgenommene geschlechtskranke Männer	318	333	326	392	378	302	1. Jan. 1900 Aufhebung der Bordelle 401	397	342	326	406	503	
2. Desgleichen geschlechtskranke nicht-prostituierte Frauenspersonen	146	154	150	153	140	169	133	182	190	187	226	260	
3. Ins Garnisonlazarett zu Dresden aufgenommene geschlechtskranke Soldaten (Prom. der Iststärke der Garnison)	1. April 1884 bis 31. Juni 1885 59,5	1885/86 56,9	44,5	48,7	53,0	38,0	39,7	35,9	40,3	46,4	44,3	37,1	
4. Zahl der bei d. Sittenpolizei eingeschriebenen Prostituierten am Jahreschluß	467	456	450	458	470 (Davon 269 Bordelldirnen)	303 [1])	294	289	308	313	331	271	233
5. Wegen Gewerbsunzucht und liederlichen Umhertreibens polizeilich aufgegriffene Frauenspersonen	294	232	729	674	687	693	764	953	1059	1092	838	782	805
6. Im Stadtkrankenhaus behandelte geschlechtskranke Prostituierte	240	235	222	246	285	173	131	126	171	242	396	278	
7. Geschlechtskrank befundene Eingeschriebene	190	161	159	153	218	126	82	57	58	97	246	204	166

Werthers ganze Aufstellung führt zu dem Schlusse, daß seit der Aufhebung der Bordelle (1890) die Schäden, welche die Dresdener Prostitution der Gesundheit der Bevölkerung brachte, zugenommen haben. Darum wäre aber doch die Deduktion noch lange nicht berechtigt, daß die Bordellierung an sich den Vorzug vor dem Systeme der Einzelwohnenden verdiente. Beachtenswert bleibt vor allem, daß mit

1) Die Evakuation der Bordelle im Jahre 1889 war eine allmähliche.

dem Wegfall der Bordelle die Zahl der überhaupt kontrollierten Dirnen sich wesentlich verringerte und damit die Bevölkerung mehr auf die geheime Prostitution hingelenkt wurde. Es ergäbe die Dresdener Erfahrung also höchstens den Schluß, daß es von Schaden sein kann, in Städten gewisser Größe die Zahl der eingeschrieben Prostituierten unter ein bestimmtes Maß sinken zu lassen.

Für Leipzig hat HÖFFEL die Erkrankungsziffer der Garnison, die nach Schluß der Bordelle sank, zu Ungunsten der Bordelle verwerten wollen. Aber nach der Wiedereröffnung der öffentlichen Häuser erfolgte in den Jahren 1892—95 eine weitere Abnahme der Syphilisverbreitung unter den Soldaten. Alle diese Erfahrungen werden um so weniger für die Bordellfrage zu verwerten sein, wenn, wie behauptet wird, in dem berücksichtigten Zeitraume die Leipziger Bordelle überhaupt wenig von den Soldaten besucht wurden.

Selbst unter den Voraussetzungen einer kleineren Stadt, in der man hoffen sollte, leichter einen allgemeineren Ueberblick über die Folgen der Aufhebung der Bordellierung zu gewinnen, bleiben die Schwierigkeiten für eine solche Erkenntnis unübersteiglich. Als Beispiel kann Heidelberg gelten, wo 1901 die lange bestehenden Bordelle aufgehoben wurden. Man konzessionierte dafür einzelwohnende Dirnen, führte aber nach 2 Jahren die Bordellierung im verminderten Umfange wieder ein, wesentlich veranlaßt durch das Treiben der Dirnen an der Oeffentlichkeit und ein Ueberhandnehmen der nichtüberwachten Prostitution. Es ist mir nun nicht gelungen, den Einfluß dieser Wandlungen aus der Höhe der Geschlechtskranken, die in der stationären Abteilung der Klinik sowie in den öffentlichen Sprechstunden und in der Privatpraxis beobachtet wurden, in einem oder anderem Sinne zu erweisen; ebensowenig geben die sehr spärlichen Erkrankungen in der Garnison und die Zahlen der Ortskrankenkasse irgend eine verwertbare Auskunft.

Wenn es sich schließlich darum handelt, zur Frage der Zulassung von Bordellen Stellung zu nehmen, so müssen wir nochmals auf das spezielle Angebot und die spezielle Nachfrage der Bordellprostitution zurückkommen.

Es werden den Bordellen zunächst vorzugsweise zwei Kategorien von Dirnen zuströmen: Einmal unerfahrene, gleichgültige Anfängerinnen, andererseits gewitzigte ältere Dirnen, welche die Bequemlichkeit des Bordelllebens lockt und die dort unter Umständen mühelos den Kundenkreis finden, den ihnen draußen die frischeren jüngeren Prostituierten streitig machen. Ein großer Teil der übrigen Prostituierten zieht die größere Freiheit und eventuell das Zusammenarbeiten mit dem Zuhälter selbst einem leichteren Erwerb im Bordell vor. Je mehr die Behörden es sich zur Pflicht machen, die jungen Dirnen aus den öffentlichen Häusern fernzuhalten, um so mehr nimmt sie ihnen aber ihr wesentlichstes Lockmittel und verringert die Nachfrage der Männer.

Dort aber, wo man es für gerechtfertigt hielte, junge Prostituierte dann zu bordellieren, wenn sie wegen größerer gesundheitlicher Gefahr der strengeren Aufsicht bedürfen, schaffte man eine Auswahl, die den größten Teil der Klienten der Prostitution nicht anziehen wird. Dasselbe gilt für alle jene Dirnen, die auf Grund einer Zwangsauslese aus kriminalistisch-polizeilichen Gründen den Bordellen zugeführt werden.

Damit entstehen von vornherein Rangdifferenzen zu Ungunsten der Bordellierten und darum werden auch viele andere Prostituierte,

„die etwas auf sich halten“ und gegen deren Eintritt in jene Häuser die Polizei keine Bedenken hätte, von den Bordellen fern bleiben wollen.

Gegen die Bordellierung der alten Dirnen wird am wenigsten einzuwenden sein. Die moralischen Bedenken treten hier mehr in den Hintergrund, von sanitären Gesichtspunkten aus sind jene Weiber am ungefährlichsten, und es wäre zu wünschen, daß die Männer, die überhaupt mit Prostituierten verkehren, vorzugsweise solche Dirnen besuchten. Aber gerade sie stellen die schwächsten Lockmittel der öffentlichen Häuser dar, und es bleibt mehr als fraglich, ob derartige „hygienisch vollkommene“ Bordelle mehr als einen beschränkten Kundenkreis erwarten dürften.

Unter den großen Städten Deutschlands ist Hamburg die einzige, die den Versuch einer allgemeinen Bordellierung der eingeschriebenen Dirnen gemacht hat. Es ist fraglich, ob die rein polizeilichen Vorteile dieses Vorgehens nicht durch das Emporwuchern der geheimen Prostitution ausgeglichen werden. Je mehr Dirnen bordelliert werden müßten, um einer gegebenen Nachfrage nach den Prostituierten zu genügen, um so schwerere Unzuträglichkeiten kann je nach den örtlichen Bedingungen sowohl die Existenz eines Bordellviertels wie umgekehrt auch die Ausstreuung einzelner jener Häuser über eine größere Anzahl von Stadtbezirken bedingen. Schließlich läßt die Erwägung, daß in großen Städten die ausschließliche Bordellierung dem Emporschießen der geheimen Prostitution Vorschub leistet, fast überall von einem von vornherein unfruchtbar scheinenden Vorgehen Abstand nehmen.

Endlich stehen den Bordellen an vielen Orten in steigendem Maße pekuniäre Interessen im Wege.

Das öffentliche Haus bedeutet eine Entwertung der benachbarten Liegenschaften. An den sehr greifbaren pekuniären Interessen der Nachbarn kann und wird die Agitation gegen die öffentlichen Häuser stets im Einzelfalle die wesentlichste praktische Stütze finden. Der Behörde steht es aber keineswegs zu, durch die Einrichtung solcher Häuser Haus- und Grundstücksbesitzer zu schädigen.

Während so auf der einen Seite alte Bordelle geräumt werden müssen, namentlich wenn sie in Straßen liegen, die für die fortschreitende Entwickelung eines Stadtteils von Bedeutung werden, wird eine Neueinrichtung von Bordellen höchstens weit draußen an der Peripherie der Städte auf keinen ernstlichen Widerstand stoßen, und auch dort kommt in Betracht, daß die Existenz derartiger Häuser eine Entwertung des umliegenden Bauterrains bedeutet. In einer entfernten und ungünstigen Lage schafft aber das Bordell sich selbst ein Hindernis für seine Benutzung und begünstigt indirekt die geheime Prostitution.

Die Art und der Umfang der Beschränkungen, die den Bordellen auferlegt werden, müssen auch auf die Nachfrage der Männer einwirken. Es wäre verfehlt, von vornherein behaupten zu wollen, daß das Bordellpublikum, abgesehen von einzelnen Neugierigen und Betrunkenen, im wesentlichen sich aus recht zweifelhaften männlichen Elementen zusammensetze. Der Vergleich der Bordelle verschiedener Städte und Länder lehrt, daß öffentliche Häuser sehr verschiedenen Ranges existieren und daß schon die lokale Tradition von wesentlichem Einfluß darauf sein kann, in welchem Maße Männer der verschiedenen sozialen Schichten die Bordelle frequentieren. Selbst wenn die Tat-

sache richtig ist, daß die Neigung der Männer zum Besuche der Bordelle abnehme, daß ästhetische Hemmungen und rein äußerliche Rücksichten den Kundenkreis jener Häuser immer mehr einengen, so bleiben doch gewiß viele Männer übrig, welche die Bordelldirnen den übrigen Prostituierten vorziehen würden, falls der Verkehr mit jenen ihnen die geringere Gefahr einer geschlechtlichen Erkrankung brächte. Eine generelle Behauptung, daß die Bordelle die höhere oder die geringere hygienische Garantie bieten, ist unstatthaft; die Entscheidung hängt von der Zusammensetzung des Personals ab. Gewiß aber liegt in der zulässigen Auswahl der Bordelldirnen ein Moment, das die Nachfrage progressiv beschränkt.

Wie weit die Bordelle hygienische Voraussetzungen erfüllen können, ist auch bis zu einem gewissen Grade Kostenfrage; es kann und darf aber nicht Sache der Behörden sein, etwa eine Schichtung von Bordellen zuzulassen, die dem gutzahlenden Klienten Sicherheit gewähren, den pekuniär schlechter Gestellten aber erhöhter Gefahr aussetzen. Luxusbordelle sind nicht nur überflüssig, sondern aus einer Fülle von sozialen und moralischen Gründen am allerschädlichsten. Billige und zugleich hygienisch gut funktionierende Bordelle, denen gegenüber auch die moralischen Bedenken zurücktreten, wären solche, die vorwiegend ältere Dirnen enthalten. In manchen Städten läßt es sich ohne große Schwierigkeit ermöglichen, auf solche Häuser einen wesentlichen und nicht gerade wählerischen Teil der fluktuierenden Nachfrage nach der Prostitution zu konzentrieren. Speziell in Hafenstädten können solche gut überwachte „Seemannsbordelle“ von hygienischem Vorteil sein und sich zugleich aus administrativ-polizeilichen Gesichtspunkten von praktischem Wert erweisen. Dasselbe gilt für die Bordelle mancher Garnisonen, einzelner Städte mit großem Fremdenverkehr u. s. w.

Der prinzipiell ablehnende Standpunkt gegen die Bordelle geht demnach zu weit, solange man überhaupt eine überwachte Prostitution zuläßt; ein Teil der Dirnen bliebe aus den angeführten Gründen am besten in öffentlichen Häusern untergebracht.

Allerdings muß zugleich immer wieder hervorgehoben werden, daß es in großen Städten nur gelingen kann, einen bescheidenen Teil des Angebots der Dirnen und der Nachfrage der Männer auf jene Häuser zu konzentrieren und daß deshalb eine ausschließliche Zwangsbordellierung nutzlos und undurchführbar erscheint. Kleinere Städte können allerdings wohl bei ausschließlicher Zulassung von Bordelldirnen die geheime Prostitution wesentlich beschränken; sinkt dabei die Zahl der Bordelldirnen auf ein gewisses Minimum herab, so taucht schließlich die Frage auf, ob man nicht ebensogut von jeder Ueberwachung absehen dürfte. Denn in erster Linie schafft in solchen Städten die Existenz der Bordelle an sich eine Nachfrage nach der Prostitution.

Der Versuch, die Vorteile der Konzentration mit einer möglichsten Ausschaltung der Nachteile der Bordelle zu verbinden, hat zu Einrichtungen geführt, deren Prototyp die Bremer Kontrollstraße darstellt.

Die Polizei konzentrierte 1878 die Prostituierten in einer besonderen, damals noch wenig bewohnten Straße, die als Sackgasse eingerichtet wurde. Die Häuser wurden vollständig geräumt und für die Prostituierten eingerichtet. Sie enthalten ein Souterrain mit Küche, eine aus 3 gut möblierten Zimmern bestehende Wohnung im Hochparterre und eine einfacher eingerichtete ähnliche Wohnung im ersten

Stock. Der Eigentümer bezieht für die untere möblierte Wohnung eine Tagesmiete von 6, für die obere von 4 M.; jede darf nur von einer einzelnen Prostituierten benutzt werden. Außer den Prostituierten darf niemand in der Straße wohnen; ein Haus ist als Lokal für die ärztlichen Untersuchungen eingerichtet, welche zweimal wöchentlich stattfinden und zu welchen alle Bewohnerinnen der Straßen erscheinen müssen. Eine scharfe Instruktion verbietet den Prostituierten jede Anlockung von Männern, jeden Verkehr mit Zuhältern, den Verkauf und das Verabreichen von Getränken und Spirituosen an ihre Besucher u. s. w.

Eine solche Einrichtung bietet die sanitären Vorteile eines gut gehaltenen Bordells, die ärztliche Ueberwachung läßt sich gut und leicht durchführen, die Dirnen werden zur Sauberkeit und Reinlichkeit erzogen. Immerhin gestatten die Bremer Zahlen, so wie sie SONNENBERG anführt, kein abschließendes Urteil. Auffallen kann immerhin in den Jahren 1891—95 die auffallend geringe Zahl der Syphilisfälle:

1891	bei 53 venerischen Erkrankungen	3	Fälle von Syphilis	(NB. 2malige
1892	„ 74 „ „	3	„ „ „	Untersuchung
1893	„ 66 „ „	1	Fall „ „	in der Woche.)
1894	„ 40 „ „	—	„ „	
1895	„ 20 „ „	2	Fälle „ „	

(Die Gonorrhöezahlen sind schon deshalb nicht verwertbar, weil keine Gonokokkenuntersuchung stattfand.)

Jene Zahlen erscheinen besonders klein, wenn man zu dem Durchschnittsbestand von 50 Prostituierten den von SONNENBERG betonten lebhaften Wechsel in Betracht zieht. Es ist deshalb nur der Schluß zulässig, daß die Prostituierten Bremens in jener Zeit bereits eine „sanitäre Auswahl“, eine besondere „hygienische Schicht“ darstellten, zumal wenn man bedenkt, daß in der Zeit vom 1. Januar 1891 bis 1. Juli 1895 322 Frauenzimmer im Bremer Krankenhaus behandelt wurden, die zur geheimen Prostitution zu rechnen waren und darunter 21 Proz. Syphilitische.

Für die Rückwirkung der Kontrollstraße auf die Bremer Gesamtbevölkerung lagen keine genügenden Daten vor.

HÖFFEL spricht die Anschauung aus, die Kontrollstraße habe hygienischen Schaden gestiftet, weil mit ihrer Einrichtung die Zahl der syphilitischen Frauenzimmer, die im Bremer Krankenhaus behandelt wurden, zugenommen habe. WOLFF weist dieses Argument mit Recht zurück: die von HÖFFEL angeführte Tatsache spricht nur für eine promptere Ausschaltung kranker Dirnen; nach den Zahlen der im Bremer Spital behandelten geschlechtskranken Männer wäre im Gegenteil anzunehmen, daß das Ueberwachungssystem von hygienischem Nutzen gewesen wäre. Aber einschränkend wirkt auch nach dieser Richtung das Zugeständnis, daß die eine Bremer Kontrollstraße sich als unzureichend erwiesen hat; die Vorteile der Einrichtung (Konzentration der Dirnen auf engstem Raum, möglichst Ausschaltung unsauberer Zwischeninteressen u. s. w.) sind auch in dieser Form nur bei einem Bruchteil der Dirnen zu erreichen.

Auch in Karlsruhe wurde im Anfang der 90er Jahre eine Kontrollstraße eingerichtet. Durch eine Verordnung des Großherzoglichen Bezirksamts vom 4. Januar 1892 wurde bestimmt, daß Frauenzimmer, welche gewerbsmäßige Unzucht treiben, eine feste Wohnung in einer bestimmten Straße zu beziehen haben, und es wurde dazu die kleine

Spitalstraße bestimmt, wo in 16 Häusern 50—55 Dirnen wohnten. Später wurde mit Zustimmung des Ministeriums des Innern die Verordnung dahin abgeändert, daß Frauenspersonen mit „ganzer unzuchtsmäßiger Kontrolle“ in der kleinen Spitalgasse wohnen müssen, Frauenzimmer aber, die nur eine „halbe“ derartige Kontrolle haben, auch in anderen Straßen wohnen dürfen.

Demnach unterscheidet sich die Karlsruher Einrichtung von der in Bremen dadurch, daß in dieser Stadt alle Kontrolldirnen auch in der Kontrollstraße wohnen müssen, während es in Karlsruhe zwei Sorten von Prostituierten gibt, von denen nur die eine auf die Kontrollstraße angewiesen ist.

Strenge genommen ist nach dem Kuppeleiparagraphen infolge der den Vermietern drohenden Bestrafung auch den einzellebenden Prostituierten das Wohnen oder wenigstens die Ausübung ihres Gewerbes in ihren Wohnungen unmöglich gemacht. Es finden sich allerdings genug Vermieter, die trotz des § 180 und trotz genauer Kenntnis der Lebensweise ihrer Mieterin zur Abgabe von Wohnungen bereit sind und die das Risiko, das sie damit übernehmen, gegen höhere Bezahlung um so lieber tragen, als tatsächlich die Polizei nur unter bestimmten Voraussetzungen Einspruch erhebt. Ein Ueberwachungssystem, das den gewerbsmäßigen Unzuchtsbetrieb als existierend voraussetzt, kann sich auch nicht gegen die Notwendigkeit verschließen, daß dieser Betrieb irgendwo stattfinden muß. Er kann das Wohnen der Prostituierten nicht verbieten wollen, sondern muß versuchen, Ordnung zu schaffen.

Im allgemeinen beschränkt sich die Polizei darauf, eine gewisse Konzentration der Dirnen auf gewisse Straßen und Stadtteile durchzuführen, und kommt so zu einem Lavieren, welches weder die Nachteile der Bordelle ganz vermeidet, noch ihre Vorteile ganz erreicht, sich im ganzen aber nach außen hin wohl weniger aufdrängen möchte.

Verwerflich scheint es mir, wenn eine Behörde in dem ganzen Dilemma die Wohnungsfrage und Wohnungsnot der Prostituierten soweit ignoriert, daß sie Dirnen der Inskription unterstellt, von denen sie weiß oder annehmen darf, daß sie überhaupt keine feste Wohnung besitzen. Für solche Personen besteht keine andere Möglichkeit, als daß sie den Männern in deren Wohnungen oder in irgend ein Absteigequartier folgen oder daß sie gar ihr Gewerbe heimlich in öffentlichen Parkanlagen u. dgl. ausüben. Es sind durchweg Dirnen niederen Ranges, um die es sich da handelt. Welchen Schaden ein solches Treiben für die öffentliche Sittlichkeit und Sicherheit bedeutet, liegt auf der Hand.

Aber auch in hygienischer Beziehung sind jene Weiber wohl die übelste Quote der Reglementierten. Ein hygienisches Verständnis ist von ihnen nicht zu erwarten, und selbst wenn sie es hätten, bringt es die ganze Art ihres Betriebes mit sich, daß sie im weitesten Maße auf Sauberkeitsmaßregeln verzichten müssen; sie fallen leichter Erkrankungen anheim und werden ihre Krankheiten leichter weiterverbreiten.

Wir müssen diese Gefahr im Auge behalten, weil die Verhältnisse dahin neigen, auch den Prostituierten, die sich ihre eigene Wohnung halten können, immer stärkere Erschwerungen in den Weg zu legen.

Das Wohnungselend unserer Großstädte fordert dringend zum Einschreiten auf. Eine staatliche und kommunale Wohnungsinspektion

soll die Durchführung der Minimalforderungen sichern, die vom hygienischen wie moralischen Gesichtspunkte aus an Wohnräume zu stellen sind. Wenn man aber erkannt hat, daß elende Wohnungsverhältnisse für die heranwachsenden Mädchen Auslösungen gewähren, daß sie frühzeitig dem Geschlechtsverkehr verfallen, dann darf man vor allem nicht die psychische Infektionsgefahr unberücksichtigt lassen, die aus der Nachbarschaft der Prostituierten entsteht. Die Wohnungskontrolle kann zu einem wesentlichen Vorbeugungsmittel der Prostitution werden, indem sie Voraussetzungen beseitigt, welche künftige Prostituierte heranzüchten helfen. Aber es bedarf der Klarheit, welches Verhalten dabei den Prostituierten gegenüber einzuhalten sei.

Da die Prostituierten irgendwo wohnen und ihr Gewerbe betreiben müssen, so wäre es Sache der Polizei, hier die Erfüllung der Forderungen durchzusetzen, die als unumgänglich gelten müssen: Nur solche Personen dürften an Dirnen vermieten, die keine erwachsenen oder unerwachsenen Familienangehörige bei sich daheim wohnen lassen; neben den Dirnen dürften keine anderen Mieter da sein, der Dirne muß ihr eigenes Zimmer und ihr eigenes Bett zur ausschließlichen Verfügung stehen, zur Wohnung soll ein eigener Abort gehören (cf. KAMPFFMEYER). Diese Forderungen sind um so mehr zu betonen, als selbst sie auf Schwierigkeiten stoßen können; ihre Durchführung wäre aber mit Hilfe einer Wohnungskontrolle schließlich zu erzielen. Diese könnte zugleich vielleicht auch eine gewisse, wenn auch sehr bescheidene, sanitäre Aufsicht mit übernehmen.

Ganz verwerflich ist das in einigen Städten erlassene Verbot, daß die Dirnen ihre Besucher nicht in der eigenen Wohnung empfangen dürfen. Die Prostituierten werden damit in die Häuser des Mittelstandes getrieben oder es werden die Absteigequartiere gefördert; die Wirte, die den überwachten Dirnen gegenüber das Risiko des Kuppeleiparagraphen übernehmen, werden sich auch weniger scheuen, die unkontrollierten Prostituierten aufzunehmen.

Wie es mit den Wohnungsverhältnissen der Frankfurter Prostituierten noch vor wenigen Jahren bestellt war, geht aus dem folgenden Berichte hervor:

Durchschnittlich kann man annehmen, daß etwa 28 Proz. aller Prostituierten der I. Klasse, 24 Proz. der II. und 48 Proz., also fast die Hälfte, der III. Klasse angehören. Die Prostituierten I. Klasse haben sämtlich eigene Wohnung, weil sie ohne eine solche überhaupt nicht in diese Klasse kommen können und bei Verlust der Wohnung sofort in die II. Klasse zurückversetzt werden. Von den Dirnen II. Klasse sind die meisten, von denjenigen III. Klasse nur die wenigsten im Besitze einer Wohnung. Von den Prostituierten II. Klasse haben etwa 25 Proz., von denjenigen III. Klasse 95 Proz. keine feste Wohnung (!). Die geringe Zahl von Prostituierten mit eigener Wohnung (ca. die Hälfte) wird wesentlich dadurch bedingt, daß die Dirnen nur in ganz bestimmten Straßen, hauptsächlich der älteren Stadtteile, wohnen dürfen, und daß in jeder dieser Straßen wieder nur eine beschränkte Anzahl sog. Kontrollwohnungen zur Verfügung steht und Dirnen, die ihr Gewerbe in nicht als Kontrollwohnungen eingetragenen Häusern ausüben, streng bestraft werden. Die Zahl dieser Kontrollwohnungen nimmt aber ständig ab, teils infolge der Niederlegung alter Stadtteile, teils weil die Nachbarn Einspruch erheben. So kommt es, daß die Prostituierten oft trotz gutem Willen nicht in den Besitz einer Kontrollwohnung gelangen können.

Aus diesen Verhältnissen ergibt sich zuerst der Mißstand, daß durch das Herumtreiben der wohnungslosen Dirnen und ihres Anhangs auf den Straßen und in den niederen Kneipen die Sicherheit gewisser Stadtgegenden, namentlich Nachts, in bedrohlicher Weise gefährdet wird und durch das geheime Unterschlupfen der Dirnen und ihrer Besucher in Privatwohnungen und Hotels zum Zwecke des geschlechtlichen Verkehrs die allgemeine Sittlichkeit leidet. Ein weiterer, schwerwiegender

Mißstand dieser Wohnungslosigkeit liegt aber auf sanitärem Gebiet, denn es ist zweifellos, daß eine Dirne, welche im Freien oder bestenfalls in dem mangelhaft möblierten Zimmer eines Gasthauses niederen Ranges ihr Gewerbe treibt, nicht oder nur in sehr ungenügendem Maße in der Lage ist, sich hinterher zu reinigen. Dadurch sind die wohnungslosen Dirnen bezüglich Verbreitung von Geschlechtskrankheiten viel gefährlicher als solche, die eine gut eingerichtete Wohnung haben, zumal sie auch viel schwieriger polizeilich aufgefunden und der ärztlichen Untersuchung zugeführt werden können.

Die mit guten Wohnungen versehenen Dirnen sind viel mehr in der Lage, sich gesundheitlich frei und rein zu halten und tun dies natürlich schon aus ihrem eigenen pekuniären Interesse. So kommt es, daß in der Tat die Prostituierten I. Klasse fast nie erkranken, und daß auch unter den eine Wohnung besitzenden Dirnen II. und III. Klasse Erkrankungen weit seltener sind als bei den Wohnungslosen, die nach einem Bericht von Dr. Grünwald etwa dreimal so häufig erkranken, als die eine Wohnung Besitzenden.

Auch die Prostituierten, die sich eine eigene Wohnung halten können, haben unter der bestehenden Rechtsunsicherheit zu leiden. Sie werden dabei oft in schamlosester Weise von den Vermietern ausgebeutet, und so drängt schließlich eine Fülle von Gründen zu der Notwendigkeit einer gesetzlichen Lösung der Wohnungsfrage der Prostituierten. Einen Versuch nach dieser Richtung bedeutete die Lex Heinze.

Allerdings wäre eine uniforme Erledigung jener Frage in den verschiedenen Städten nicht durchführbar; speziell von einer einheitlichen Behandlung der Bordellfrage kann nicht wohl die Rede sein. Aber vielleicht können tiefere Einblicke in die hier behandelten Dinge doch manchen Gegner der Bordelle davon überzeugen, daß eine möglichste Konzentrierung der Prostituierten, wie sie durch die Kasernierung gegeben ist, schließlich für viele Städte, zumal wenn sie eine gewisse Größe nicht überschreiten, die einfachste Lösung darstellt.

Es ist auch versucht worden, die Idee weiter zu verfolgen, ob sich nicht der Prostitutionsbetrieb von der Wohnungsfrage einigermaßen loslösen ließe. Wenn die Dirne ihr Gewerbe nur in dafür ausschließlich bestimmten „Prostitutionslokalen“ ausübte, dürfte sie wohnen, wo sie wollte. Einen hierher gehörenden praktischen Versuch bedeuten die „Maisons libres“ in Marseille, welche die Einrichtungen von Bordellen darbieten und nur kontrollierte, außerhalb wohnende Dirnen aufnehmen.

Die im Auslande noch jetzt weit verbreiteten Absteigequartiere (Maisons garnies et de passe) stellen im allgemeinen eine degenerierte Einrichtung dar, deren Reform kaum möglich oder auch nur wünschenswert erscheint. Was die Pariser Administration ursprünglich unter einer Maison de passe verstand, war kein einfaches Absteigequartier, sondern ein Bordell, das seine Zimmer auch Pärchen auf kürzeste Zeit zur Verfügung stellte. Parent-Duchatelet schreibt, daß dieser Betrieb in allen Pariser Bordellen stattfand, daß aber einige derselben sich fast ausschließlich auf ihn beschränkten. Diese Häuser öffneten ihre Pforten sowohl eingeschriebenen Einzelwohnenden wie heimlichen Prostituierten, Dienstmädchen, Arbeiterinnen, verheirateten Frauen, Schauspielerinnen niedersten Ranges, selbst kleinen Mädchen. Man schaffte so bequeme Absteigequartiere für Weiber, die ihre Reputation wahren wollten. Man versuchte in Paris vergebens eine Abstellung dieser unerträglichen Zustände. Eine genaue Listenführung über die das Absteigequartier besuchenden Weiber erwies sich als undurchführbar. Die Polizei war schließlich froh, daß die Bordelle und nicht

andere Häuser als Absteigequartiere benutzt wurden, und somit der öffentliche Skandal verringert schien!

Nur ein Verlegenheitsstandpunkt könnte bei uns offiziell geduldete Absteigequartiere in Empfehlung bringen. Unmöglichkeit oder der Mangel an festem Willen, die Wohnungsverhältnisse der Prostituierten zu regeln, das Bestreben, bei inskribierten Dirnen, die keine feste Wohnung besitzen, darauf zu achten, daß sie ihr Gewerbe doch an Orten und unter Bedingungen ausüben, unter denen die Moral am wenigsten verletzt und die Hygiene am wenigsten hintenangesetzt wird, mögen Vorschläge der Gründung von überwachten „Prostitutionslokalen" von Zeit zu Zeit immer wieder auftauchen lassen. Unausbleiblich würde aus der Existenz solcher Häuser eine Zunahme anderer der geheimen Prostitution dienender Absteigequartiere resultieren und dadurch zusammen mit einem sehr fraglichen Vorteil ein ganz wesentlicher Schaden geschaffen werden.

Die Ergebnisse der Reglementierung.

Wollen wir das Fazit der Reglementierung ziehen, so läßt es die ganze Summe der bisherigen Betrachtungen uns als wenig aussichtsvoll erscheinen, etwa auf statistischem Wege ein genaueres Urteil über den hygienischen Wert der Ueberwachung zu gewinnen. Dieselben Fragestellungen, die einen Vergleich der Bordellierten mit den Einzelwohnenden ermöglichen sollten, lassen sich gewiß auch auf die Vergleichung der eingeschriebenen Dirnen mit den geheimen Prostituierten anwenden; die Verwertung der vorhandenen Zahlen verlangt aber noch größere Reserve als bei jener früheren Gegenüberstellung, weil der Umfang der geheimen Prostitution eine unbekannte Größe darstellt.

Die Zahlen, die uns die Erkrankungshöhe der eingeschriebenen Prostituierten an sich wiedergeben, berechtigen nur zu bedingten Folgerungen. Werden in einer Stadt wenige Erkrankungen konstatiert, so kann es sich um schlechte Handhabung der Kontrolle oder um eine besondere Auswahl der eingeschriebenen Prostituierten handeln; finden wir hohe Erkrankungsziffern, so kommt nicht nur die Genauigkeit der Untersuchung, sondern auch die größere Gefährlichkeit der Kontrollierten in Frage.

Schließlich resultiert aus der Verschiedenheit der Ergebnisse nur immer wieder der Schluß, daß verschiedene Städte über ein in hygienischer Beziehung verschiedenwertiges Prostituiertenmaterial verfügen.

Sollen nun die Erkrankungsziffern der überwachten Dirnen denjenigen der aufgegriffenen geheimen Prostituierten gegenübergestellt werden, so macht sich in erhöhtem Maße eine Schwierigkeit der Berechnung geltend, die beim Vergleich der Bordellierten mit den Einzelwohnenden hervorzuheben war. Die einzelne Inskribierte wird wesentlich häufiger untersucht als die Aufgegriffene, die ja meist nur einmal zur Untersuchung gebracht wird. Daraus ergibt sich ohne weiteres, daß bei einer Berechnung auf die Zahl der vorgenommenen Untersuchungen die aufgegriffenen Dirnen das weitaus schlechtere Resultat ergeben müssen.

COMMENGE gibt für Paris folgenden Ueberblick über das Jahrzehnt 1888/97:

	Zahl der Unter-suchungen	Syphilis pro Mille	andere venerische Erkrankungen pro Mille	Im ganzen pro Mille
Einzelwohnende	467 794	1,54	1,18	2,72
Bordellierte	323 362	1,52	0,97	2,50
Aufgegriffene Kontrolldirnen („filles du dépôt“)	221 378	8,74	3,67	12,41
Geheime Prostituierte	26 376	124	202	326

Für Lyon gibt GIRAUD folgende Zahlen:

Bei je 1000 Untersuchungen fanden sich Syphilisfälle:
unter den Bordellierten 3,2
„ „ Einzelwohnenden 3,2
„ „ Klandestinen 99,0

Stellt nun aber GIRAUD die Berechnung so an, daß er die Zahl der Untersuchungen beiseite läßt und nur die Zahl der Untersuchten berücksichtigt, so waren

unter 7067 Ueberwachten 3760 = 53,2 Proz.
„ 3192 Klandestinen 1208 = 37,2 „

Danach fiele die Berechnung wenigstens für Lyon direkt zu Ungunsten der Ueberwachten aus, wenn man außer acht lassen wollte, daß es sich bei den Ueberwachten um die Erkrankungshöhe in einer zum Teil langen Beobachtung, bei den heimlichen Prostituierten um die in einem gegebenen Momente handelt.

Allemale ergibt aber schon die Berechnung auf die Zahl der untersuchten Personen bei den Aufgegriffenen erschreckend hohe Zahlen.

So zeigt eine Zusammenstellung, daß sich unter den polizeilich aufgegriffenen Nichtkontrollierten Geschlechtskranke fanden:

in Hamburg 31 Proz. in Paris 33—50 Proz.
„ Köln 33 „ „ Bremen 50 „
„ Marseille 39 „ „ Hannover 60 „
„ Stuttgart 42 „ „ Triest 65 „

Nach PONTOPPIDAN sind von den zufällig sistierten Nichtinskribierten krank:

in Kopenhagen 35 Proz.
„ Stockholm 67 „

Die Jahresberichte des Vestre-Spitals zeigen regelmäßig eine weit größere Höhe der syphilitischen Erkrankungen unter den geheimen Prostituierten als unter den Eingeschriebenen.

In Kiel waren nach WULLENWEBER:

	venerisch erkrankt		syphilitisch	
	öffentliche Prostituierte	geheime Prostituierte	öffentliche Prostituierte	geheime Prostituierte
1894/95	68 Proz.	39,5 Proz.	10,3 Proz.	15,2 Proz.
1895/96	34,2 „	37,5 „	7,9 „	10,6 „
1896/97	37 „	49 „	6,3 „	17,0 „

(Berechnung auf die Zahl der Untersuchten).

Demnach ergibt sich vor allem ein Ueberwiegen der Syphilis zu Ungunsten der Nicht-Kontrollierten.

Nicht ohne Interesse ist die folgende amtliche Statistik zweier badischer Städte, die nebenbei durch den Vergleich der beiden ersten Rubriken einen Einblick in den Umfang der Fluktuation bei der überwachten Prostitution gewährt.

Mannheim	Eingeschrieben						Aufgegriffen			
	Bestand 31. Dez.	Zahl der Untersuchten	Zahl der Untersuchungen	Erkrankung an			Zahl der Untersuchten	Erkrankung an		
				Gonorrhöe	Ulcus molle	Syphilis		Gonorrhöe	Ulcus molle	Syphilis
1889	45	130	2315	12	8	1	635	54	22	13
1890	45	164	2338	14	17	2	561	47	19	16
1891	45	113	1481	6	5	4	557	35	11	28
1892	49	156	2010	13	14	1	716	64	19	42
1893	53	209	2225	15	7	1	1030	39	13	41
1894	61	321	3017	32	14	7	730	43	19	40
1895	65	355	3115	47	22	12	691	46	14	14
Karlsruhe										
1889	27	100	1620	24	4	2	560	64	4	23
1890	21	95	1618	25	6	2	567	68	6	23
1891	28	130	1738	42	2	17	854	99	8	58
1892	37	121	2285	96	7	26	976	147	17	94
1893	46	99	2190	60	4	27	710	72	6	42
1894	43	94	2066	44	7	5	558	63	17	30
1895	48	126	2054	44	5	9	402	42	10	19

Die Tripperziffern mögen ganz außer Betracht bleiben, da die Diagnose nicht auf Grund der Gonokokkenuntersuchung gestellt wurde. Aber es ist doch merkwürdig, daß in beiden Städten unter den Eingeschriebenen weit häufiger Gonorrhöe angenommen wurde als unter den Aufgegriffenen. Dazu kommt nun, daß auch das Ulcus molle, der Prüfstein für die Güte der Kontrolle, bei den Inskribierten wesentlich überwiegt. Syphilitische dagegen fanden sich wenigstens in Mannheim wesentlich seltener unter den Inskribierten; in Karlsruhe dagegen waren sie wiederum unter den Eingeschriebenen in größerer Zahl vertreten als unter den heimlichen Prostituierten. Da nicht angenommen werden darf, daß das Prostituiertenmaterial zweier so benachbarter Städte an sich wesentlich verschieden war, und da die Handhabung der Syphilisuntersuchung nicht wesentlich differieren konnte, ist in diesem Zusammenhang vielleicht vor allem die weit größere Fluktuation der Mannheimer Prostituierten beachtenswert. Die Gesamtmorbidität der Aufgegriffenen, deren Zahl in Karlsruhe verhältnismäßig die der größeren Stadt Mannheim übertrifft, kann als sehr niedrig gelten. Hinzugefügt sei, daß in demselben Zeitraum von 427 aufgegriffenen Dirnen in Freiburg nur 13, von 643 Aufgegriffenen in Heidelberg nur 28 syphilitisch befunden worden. Man kann dabei annehmen, daß es in Städten der Größe von Karlsruhe einer wachsamen Polizei verhältnismäßig gut gelingt, die geheimen Prostituierten, die von auswärts kommen, rasch ausfindig zu machen.

An der größeren Erkrankungshöhe der aufgegriffenen geheimen Dirnen in den großen Städten ist nicht zu zweifeln. Sie wird um so mehr in Erscheinung treten, je mehr j u n g e Dirnen sich unter den Sistierten finden.

In Paris sind unter den

Inskribierten (nach RICHARD)	73,8 Proz. Majorenne,	26,2 Proz. Minorenne
Klandestinen („ COMMENGE)	45 „ „	55 „ „

Demnach ist es auch erklärlich, daß unter 123 frischen syphilitischen Primäraffekten, die JULLIEN beobachtete:

80,5 Proz. auf klandestine,
19,5 „ „ überwachte Prostituierte entfielen.

BARTHÉLÉMY nimmt an, daß die mittlere Dauer der Ausübung der Prostitution bei den Pariser Dirnen $9^1/_2$ Jahre betrage, von denen sie $3^3/_4$ Jahre als Unkontrollierte, $5^3/_4$ Jahre als Kontrollierte verbrächten. Nicht wenige von ihnen wissen für die ganze Dauer der ansteckungsfähigen Syphilisperiode der Ueberwachung zu entrinnen. Die Mitteilung BARTHÉLÉMYS, daß von 195 Pariser Prostituierten

66 im 1. Jahre
47 „ 2. „
63 „ 2.—5. „
19 nach dem 5. „

der Prostitution unter Kontrolle gestellt wurden, wird durch die Erfahrung ergänzt, daß gerade in Paris ein wesentlicher Bruchteil der jüngeren Dirnen baldigst nach der Inskription sich der Ueberwachung wieder zu entziehen weiß, und zwar besonders dann, wenn sie sich erkrankt wissen. Ein sehr beträchtlicher Teil der arretierten Minderjährigen wird auch in Paris nicht eingeschrieben, sondern ihrer Familie wieder zugeschickt, ohne daß damit verhindert wäre, daß solche Dirnen die Prostitution weiter fortsetzen.

Nach COMMENGE wurden arretierte Minderjährige

	an die Familie zurückgeschickt	inskribiert
1890	629	191
1891	600	246
1892	457	129
1893	696	275
1894	601	320
1895	549	287
1896	422	262
1897	369	266
1898	325	259

Für die Abschätzung der Gefährlichkeit der einzelnen heimlichen Prostituierten kommt, genau wie bei den Inskribierten, vor allem das Alter oder vielmehr die Zeit in Betracht, welche die Dirne bereits in der Prostitution verbracht hat. Eine Gruppierung der Unkontrollierten nach den Altersklassen wird dieselbe Abnahme der Gefährlichkeit erkennen lassen wie bei den Ueberwachten. Allerdings hören wir, daß unter den heimlichen Prostituierten sich mehr Jugendliche und Gefährliche finden als unter den Kontrolldirnen, und damit wächst das hygienische Bedenken; und endlich leuchtet es ein, daß die kranke Dirne, die heimlich ihr Gewerbe fortsetzt, viel mehr Erkrankungen austeilen muß als die kontrollierte, die alsbald ausgeschaltet wird.

Aber es wäre vollkommen unzulässig, aus der Erkrankungshöhe der aufgefangenen klandestinen Prostituierten den Schluß zu ziehen, daß die verborgen bleibenden heimlichen Dirnen in ihrer Gesamtheit dieselbe hohe Gefährlichkeit besäßen. Es war zu betonen, daß sehr verschieden zu wertende Elemente die geheime Prostitution ausmachen und daß die Grenze gegenüber der Gelegenheitsprostitution gar nicht zu ziehen ist.

Es ist nun anzunehmen, daß es einer aufmerksamen Polizei zwar nicht gelingen kann, die gefährlichen Elemente ohne weiteres herauszufinden, daß ihr aber doch vor allem solche Dirnen in die Hände fallen, die eben wegen der Gewerbsmäßigkeit ihres Betriebes die Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Unter jenen Elementen, die sich der nur gelegentlichen Prostitution nähern, sind nicht nur weniger Erkrankungen zu erwarten, sondern auch die Infizierte wird weniger gefährlich, weil ihr nur Gelegenheit zum Verkehr mit einer beschränkteren Anzahl von Männern bleibt.

Ist die geheime Prostitution wirklich wesentlich gefährlicher als die überwachte, so muß sich das in der Erkrankungshöhe der Männer aussprechen; die Schwierigkeit einer zuverlässigen Feststellung der Infektionsquellen der Männer soll dabei nicht unterschätzt werden. Die Ergebnisse gehen verschiedenen Orts und selbst innerhalb einer Stadt in verschiedenen Beobachtungsreihen auseinander.

Immer wieder benutzt wurde in dieser Beziehung eine Gegenüberstellung FOURNIERS, wonach die Infektionen der Männer, je nachdem es sich um private oder Spitalspraxis handelte, sich im wesentlichen von verschiedener Herkunft erwiesen. Die Männer der einzelnen sozialen Schichten verkehren eben vorwiegend mit bestimmten Gruppen der Prostitution; die anderen Gruppen der Prostituierten kommen für die Infektion jener Männerschicht weniger in Betracht.

EHLERS berichtet über 170 Infektionen aus seiner Privatklientel, von denen 79 dem Verkehr mit eingeschriebenen, 91 dem Verkehr mit geheimen Prostituierten entstammen. Nach einer Statistik von RÓNA werden 30—63 Proz. der Infektionen auf die Bordelle zurückgeführt. In Braila hat BATARESCU bei drei Viertel der Ansteckungen die bordellierte Prostitution als Quelle eruiert.

Von 114 syphilitischen Männern, die im Krankenhause St. Pierre in Brüssel behandelt wurden, hatten sich 30 Proz. bei kontrollierten Dirnen, 48 Proz. bei Kellnerinnen, 22 Proz. bei Maitressen u. s. w. angesteckt. Schließlich steckt hinter allen hierher gehörenden Zahlen nur eine Bestätigung des Satzes, daß es nicht gelingt, Männer auf den ausschließlichen Verkehr mit der eingeschriebenen Prostitution zu beschränken. Je geringer die Rolle der letzteren bleibt, um so mehr Infektionen müssen von den geheimen Prostituierten ausgehen, womit aber noch lange nicht erwiesen ist, daß „die“ klandestine Prostituierte die wesentlich größere Gefährlichkeit besitzt.

Für die Frage der Rückwirkung der Ueberwachung auf die männliche Bevölkerung hat WOLFF besonders auf die Straßburger Garnisonzahlen hingewiesen. Er hebt hervor, daß während des ganzen 19. Jahrhunderts die Höhe der Erkrankungen in der Garnison in umgekehrtem Verhältnis zur Zahl der im Spital verpflegten Prostituierten gestanden habe. Es ergäbe sich der Schluß: Je straffer die Kontrolle gehandhabt wird, desto geringer ist die Ansteckungsgefahr für die männliche Bevölkerung. BLASCHKO hat verschiedene Einwände erhoben: so verweist er darauf, daß die Verhältnisse der Straßburger Garnison vor und nach 1870 einander nicht ohne weiteres gleich zu setzen seien, und daß die von WOLFF betonte Beziehung zwischen der Erkrankungshöhe der Soldaten und der Prostituierten sich nicht ausnahmslos für alle Jahre ergebe. Ich hebe noch besonders hervor, daß nach den früher wiedergegebenen Zahlen, nach denen sich ein großer Bruchteil der Straßburger Soldaten auswärts infiziert, die Regelung der Pro-

stituiertenüberwachung in Straßburg nur beschränkten Einfluß auf die Zahl der Erkrankungen in der Garnison besitzen kann.

Blaschko betont aber noch ganz besonders, daß Wolffs Deduktionen, selbst wenn sie für Straßburg gelten sollten, keine Verallgemeinerung vertragen. Die Werthersche Statistik für Dresden (S. 218) ergibt nämlich umgekehrt, daß mit dem Ansteigen der Krankheiten unter den eingeschriebenen Prostituierten auch die Erkrankungshöhe in der Garnison wächst. Sollte es sich hier nicht um ein zufälliges Zusammentreffen handeln, so müßte man nach Blaschko schließen, daß die Verschärfung der Reglementierung und des Untersuchungsmodus der eingeschriebenen Prostituierten nicht im stande sei, die Erkrankungsziffer der Garnison günstig zu beeinflussen. Dabei ist aber folgendes zu berücksichtigen:

Eine auffällige Zunahme der Geschlechtskranken im Garnisonslazarett veranlaßte seit dem 1. Juli 1894 verschärfte Maßnahmen, unter anderen 8-tägige Untersuchung der Prostituierten. „Der Erfolg war ein zweifacher; erstens wurden mehr Geschlechtskranke unter den Prostituierten festgestellt und dem Krankenhause überwiesen. Zweitens aber nahmen die Erkrankungen in der Garnison ab.“ Diese Erfahrung spräche also im selben Sinne wie Wolffs Argumentation.

Die allgemeine Erfahrung, die sich 1885 bei einer Erhebung über die Verbreitung der venerischen Krankheiten in der deutschen Armee ergab, ging nun allerdings dahin, daß die steigende Erkrankungshöhe der Soldaten im wesentlichen abhängt von dem Anwachsen der geheimen Prostitution und den Schwierigkeiten, ihrer Herr zu werden. Die Ziffern der Wertherschen Tabelle lassen nicht erkennen, daß in Dresden die Militärerkrankungen regelmäßig dann sinken, wenn die Zahl der polizeilich aufgegriffenen Dirnen ansteigt. Aber dieser Anstieg von Arretierungen braucht noch keineswegs die Ausschaltung eines größeren Bruchteiles von geheimen Dirnen zu bedeuten, da eben auch deren Gesamtzahl wesentlichen Schwankungen unterliegt.

Augagneur hat den Versuch gemacht, bei gleichbleibendem System der Reglementierung in Lyon in den Jahren 1877—98 die Zahlen der im Krankenhaus der Antiquaille behandelten männlichen Geschlechtskranken zu denen der dortselbst verpflegten eingeschriebenen wie geheimen Prostituierten in Beziehung zu setzen. Während die zwangsweise behandelten Dirnen an Zahl immer mehr abnahmen, schwankten in dem gegebenen Zeitraume die Zahlen der männlichen Patienten ganz unregelmäßig hin und her, so daß sie zu der umfassenderen oder beschränkteren Hospitalisierung der Prostituierten beider Gattungen in kein Verhältnis gebracht werden können. Ein Versuch von Richard, einen Wechsel der Morbidität in Paris in Beziehung zur größeren oder geringeren Zahl der eingeschriebenen Dirnen festzustellen, ist mißlungen.

Wie die Aufhebung jeder Reglementierung auf den Gesundheitszustand der Männer zurückwirkt, darüber konnten uns umfassende Länderstatistiken, speziell die für Norwegen, keine einwandfreie Antwort geben. Aus der Schweiz lassen sich die Erfahrungen einer Anzahl von mittleren und kleineren Städten heranziehen, die sie nach Aufhebung der Bordelle machten. In Bern hatte während der Periode der Duldung und Ueberwachung der Bordelle die Zahl der im Krankenhaus aufgenommenen Syphilitischen von Jahr zu Jahr successiv abgenommen (von 210 auf 84), um nach Verbot der Bordelle zunächst

auf ein Minimum abzusinken (47); dann folgte in einer Zeit, in der Bordelle geheim fortgeführt und privatim überwacht wurden, ein vorübergehender Anstieg. Die Gonorrhöekurve dagegen ging mit Aufhebung der Ueberwachung sofort fast auf das Doppelte in die Höhe; nach zwei Jahren sank sie wieder ab. Was andere Schweizer Städte betrifft, so bestand in Winterthur und Schaffhausen der Eindruck, daß die Aufhebung der Ueberwachung in keinem Sinne eine wesentliche Aenderung des Gesundheitszustandes herbeiführte, in Chaux de fonds und Neuenburg schien eine leichte Zunahme der Erkrankungen einzutreten, in Lausanne konstatierte man nach Aufhebung der ärztlichen Kontrolle eine plötzliche fühlbare Zunahme der Erkrankungen, in Freiburg dagegen eher eine Abnahme.

In allen diesen Städten aber fehlt die nötige Zuverlässigkeit der Statistik, weil sie sich nur auf einen Teil der Patienten bezieht. Zudem ergeben die berichteten Erfahrungen nur die „Einstellungsschwankungen" der Kurve, lassen also keinen Schluß zu, wie die Aenderung des Regimes schließlich gewirkt haben mag.

Die Statistik der Stadt Kolmar, die 1881 die Bordelle und damit überhaupt die Reglementierung aufhob, hat eine unverhältnismäßig große und umstrittene Rolle gespielt. Nach Beseitigung der Ueberwachung nahm die Zahl der im städtischen Spital verpflegten Geschlechtskranken ab. Aber diese Verminderung war wesentlich auf Rechnung der Prostituierten zu setzen. Wenn sich auch die Zahl der geschlechtskranken Männer zunächst verminderte, so erreicht sie doch bis Ende der 80er Jahre eine größere Höhe als je zuvor. Die Rückwirkung der Beseitigung der Kontrolle auf die Garnison schien zunächst eine unbestreitbar günstige zu sein. Für den Anstieg, der sich Ende der 80er Jahre zeigte, ist eine Vermehrung der Garnison im Jahre 1887 mindestens teilweise mit in Betracht zu ziehen.

Geschlechtskranke Soldaten in Kolmar:

Jahr	Zahl	Jahr	Zahl
1880	82	1887	54
1881	64	1888	26
1882	38	1889	56
1883	30	1890	128
1884	20	1891	77
1885	25	1892	89
1886	38	1893	111

Es handelt sich im ganzen bei den Kolmarer Daten um so niedrige Ziffern, daß schon kleine Fehlerquellen und sekundäre Einflüsse einen unverhältnismäßig großen Ausschlag bedeuten können. Deshalb sind aus derartigen beschränkten Statistiken keine weitgehenden Folgerungen möglich. Das Kolmarer Beispiel gestattet meines Erachtens höchstens folgenden Schluß: In einer kleinen Stadt ist als unmittelbare Folge des Wegfalls der Ueberwachung Prostituierter eine Abnahme der Geschlechtskrankheiten unter der männlichen Bevölkerung schon deshalb zu erwarten, weil mit jener Maßregel die gewerbsmäßige Prostitution für den Augenblick fast völlig beseitigt ist. Denn die geheime gewerbsmäßige Prostitution spielt in solchen Städten überhaupt nur eine geringe Rolle. Von der Möglichkeit, ob es gelingt, den nachträglichen Zuzug von geheimen Prostituierten in engsten Grenzen zu halten, muß es abhängen, ob jener günstige Einfluß anhält. In kleinen Städten, wo die Polizei einen genügenden Ueberblick über die zuziehenden Personen und eine Kontrolle ortsanwesender

stellenloser Frauenzimmen behalten kann, mag sich die Aufhebung der Prostituiertenüberwachung also von anhaltendem Nutzen erweisen. Ein Rückschluß auf die Zustände in den großen Städten, dem eigentlichen Terrain der autochthonen geheimen Prostitution, ist daraus nicht gestattet.

Die Gegenüberstellung von eingeschriebener und geheimer gewerbsmäßiger Prostitution wird um so schwieriger, als ein Teil der Dirnen sich bald in der einen, bald in der anderen Kategorie findet.

Zu Gunsten der Prostituiertenüberwachung spricht die „These des gesunden Menschenverstandes“: Wird die Erkrankung einer Prostituierten sofort erkannt und der Behandlung zugeführt, so wird eine mehr oder minder große Anzahl von Infektionen verhütet, die eintreten müßten, wenn die Kranke weiter ihrem Gewerbe nachginge. Auf Berechnungen sollte man sich allerdings besser nicht einlassen. COMMENGE verweist darauf, daß in 20 Jahren in Paris 15095 syphilitische Frauenzimmer nach St. Lazare geschickt wurden; bei einem geringen Durchschnittsaufenthalt von 30 Tagen bedeutete das eine Ausschaltung von 452852 Tagen. „Hätte man jene Frauenzimmer in Freiheit belassen, so hätte jede durchschnittlich gering gerechnet 10 Männer infizieren können: somit hätte jene Hospitalisierung mindestens 150950 syphilitische Ansteckungen verhütet!“ Trotz dieser angenommenen Erfolge stecken sich angeblich pro Jahr 5000 Männer in Paris mit Syphilis an, und es wäre ein übler Fehlschluß, zu glauben, daß ohne Reglementierung der Prostituierten ihre Zahl jährlich auf 12000 steigen müßte.

Hingegen die Richtigkeit des Satzes, daß die gesundheitliche Ueberwachung der Prostituierten zunächst eine gewisse Anzahl von Infektionen verhütet, ist unbestreitbar.

Trotzdem wird sich der Hygieniker mit dem vorhandenen System der Reglementierung nicht zufrieden geben können. Selbst wenn alle jene Verbesserungen des medizinischen Teiles der Kontrolle, die praktisch erreichbar sind, eingeführt würden, und damit bezüglich der Ueberwachten die Einwände wegfielen, die sich aus mangelhaften hygienischen Maßnahmen herleiten, besteht die Tatsache fort, daß durch die jetzige Methode nur ein beschränkter Bruchteil der Prostituierten einer regelmäßigen ärztlichen Kontrolle unterstellt bleibt. Auch dann, wenn im Rahmen der Reglementierung der humane Standpunkt immer mehr zu seinem Rechte kommt, fehlt es dem System an der nötigen Erweiterungsfähigkeit. Die Reglementierung an sich behält abschreckende Härten, die sich durch die praktische Ausführung vielleicht einengen, aber nicht beseitigen lassen. Die Ueberzahl der Prostituierten der Kulturländer sucht der Kontrolle zu entrinnen, und diese Tendenz steigert sich in fortschreitender Entwickelung. Dazu muß die Behörde selbst immer mehr gewisse Elemente von der Reglementierung ausschließen — und das betrifft vor allem die gefährliche Quote der Minderjährigen. So führt das System allmählich statt zur Erweiterung zur Einengung seiner Wirksamkeit. Unter den älteren Prostituierten, die unter der Reglementierung verbleiben, befindet sich ein großer Bruchteil von solchen, die der genauen hygienischen Ueberwachung kaum mehr bedürfen; wenn diese der Kontrolle zu anscheinend guten Resultaten verhelfen, so bedeutet das noch nichts für die Vortrefflichgeit des Systems; und je größere Bedeutung die geheime Prostitution gewinnt, die der Reglementierung unerreichbar



bleibt, um so mehr wird man sich fragen müssen, ob die ganze Steigerung an Mühen und Kosten, die für die hygienische Ausgestaltung jener Kontrolle angestrebt werden, sich lohnt und ob nicht unsere ganzen Bestrebungen mit einem Luxusexperimente enden, das einer unfruchtbaren Bemühung höchstens den Schein von Erfolgsmöglichkeiten verleiht. Wir wollen auf eine Verminderung der Prostitution im ganzen hinaus, möchten aber eine Zunahme des kontrollierten Bruchteiles erreichen; die tatsächlichen Verhältnisse führen eher zu einer Vermehrung der Prostitution, sicher aber zu einer Abnahme der kontrollierten Dirnen. Denn es scheint ebenso aussichtslos, die Nachfrage der Männer selbst durch das Lockmittel der gesundheitlichen Garantien auf jene reglementierten Prostituierten beschränken zu wollen, wie es unmöglich bleibt, die Ueberzahl der Prostituierten der großen Städte unter die Reglementierung zu zwingen, und wenn es richtig ist, daß die Existenz überwachter Prostituierten sowohl die Nachfrage der Männer nach geheimen Prostituierten steigern wie auch den Nachschub frischer Elemente in die Prostitution überhaupt fördern kann, so wäre damit schon eine sehr bedenkliche Einschränkung der allernächsten hygienischen Vorteile der Reglementierung erwiesen.

Sicherlich stehen den einleuchtenden Erfolgen die Reglementierung kompensierende Nachteile gegenüber.

Je oberflächlicher die Kontrolle gehandhabt wird, um so eher werden unter den überwachten Dirnen neben denjenigen, die tatsächlich gewisse hygienische Garantien darbieten, sich solche finden, die jene Garantien nicht erfüllen können: Männer, die im Vertrauen auf die Ueberwachung solche Dirnen benutzen und ohne jene Garantie sich überhaupt vom geschlechtlichen Verkehr zurückhielten, werden so einer geschlechtlichen Erkrankung zugeführt. Kann aber die Reglementierung jene Garantien nicht in weitem Umfange schaffen, so werden von vornherein viele Männer auf den Verkehr mit der überwachten Prostitution, nicht aber mit der Prostitution überhaupt verzichten. So dient die Reglementierung nur höchst mangelhaft der Erfüllung der hygienischen Forderung: „Wenn wir die Prostitution nicht unterdrücken können, so wollen wir wenigstens ihre gesundheitlichen Schäden zu mildern suchen."

Ja es kann sogar innerhalb gewisser Grenzen die Anschauung vertreten werden, daß die größere Gefährlichkeit mancher geheimer Prostituierten, wenn sie tatsächlich existiert, durch jene Reglementierung bedingt ist, die kranke geheime Prostituierte deshalb von der Heilung ihrer Krankheiten abschreckt, weil sie fürchten müssen, schweren bürgerlichen Schädigungen zu verfallen, wenn sie sich dadurch verraten, daß sie sich überhaupt einer Behandlung anvertrauen wollen.

Ein System, das in seinen Konsequenzen den Personen, die ihm einmal verfallen sind, die größten Schwierigkeiten zum Austritt aus der Prostitution schafft, streitet gegen jene Bestrebungen an, die nicht nur das Weib vor der Prostitution bewahren wollen, sondern vor allem auch denjenigen, die in die Prostitution gerieten, nach Möglichkeit die Rückkehr zu einem anständigen Leben erleichtern möchten. Damit sind Schäden angeschnitten, die auch dann noch ins Gewicht fallen müssen, wenn jene Ueberwachung tatsächlich die Assanierung eines Bruchteils der Prostituierten zu bedeuten hat. Die abolitonistische Bewegung hat bis in die letzten Konsequenzen hinein darzulegen versucht, welche Hemmungen für alle Bemühungen, die indirekt der

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu gute kommen sollen, die Existenz der Reglementierung an sich bedeuten kann. Man hat sicherlich das faktische Uebel, das diese Einrichtung mit sich bringen soll, aus prinzipieller Voreingenommenheit übertrieben. Aber jedenfalls sind es nicht-hygienische Gesichtspunkte, die in letzter Linie über die Frage der Erhaltung oder Beseitigung der Reglementierung zu entscheiden haben. Wir erkennen dabei an, daß unter den Aerzten die Zahl derer, die ins Lager der Abolitionisten übergingen, sicher größer ist als die Zahl derer, die den umgekehrten Weg genommen haben. Wenn den Aerzten im Rahmen der bestehenden Reglementierung eine Tätigkeit zufällt, so haben sie nachdrücklich hervorzuheben, wie wenig sie auf diesem Posten zur Einschränkung der venerischen Krankheiten leisten können. Sie sind nicht die oberste Instanz, zu entscheiden, ob die Polizei überhaupt eine Ueberwachung von Prostituierten in der vorhandenen Form durchzuführen berechtigt und genötigt ist. Sie resignieren sich meist dahin, daß ohne jenes polizeiliche Eingreifen eben überhaupt jede ärztliche Ueberwachung wegfiele, und Hygieniker, die sich sogar die Aufhebung der Reglementierung als erstrebenswertes Ziel denken, wollen doch die nächstliegenden Möglichkeiten, einzugreifen, nicht fallen lassen, weil sie sich eine Beseitigung der Kontrolle nur unter Bedingungen denken wollen, die sich vielleicht nur sehr langsam und allmählich erfüllen lassen. Vielen erscheint die Aufhebung der Reglementierung berechtigt, aber verfrüht.

Ersatzmittel der Reglementierung.

Von einer weiteren Anspannung der jetzigen Reglementierung sind wesentlich bessere Resultate nicht zu erwarten. Ein Ersatz der Reglementierung aber soll mit hygienisch wirksameren und zugleich gerechteren Mitteln arbeiten; er soll umfassender sein und womöglich die Ausnahmestellung der Prostituierten beseitigen.

Für die Ziele, die der Hygieniker verfolgt, wäre eine Einmischung der Behörden soweit überflüssig, als die Prostituierte freiwillig die notwendigen hygienischen Verpflichtungen erfüllte. Das wäre in der Tat die einfachste Lösung, die allerdings die Möglichkeit einer gesundheitlichen Ueberwachung voraussetzte.

Aber welche Bedingungen und Gründe können die Prostituierten einer derartigen rein gesundheitlichen Kontrolle zuführen?

Wenn der Prostituierten selbst ihre Gesundheit wichtig genug wäre, um sie in jedem Falle einer geschlechtlichen Erkrankung und für die Dauer der Ansteckungsfähigkeit zum Aufsuchen der richtigen Behandlung zu veranlassen, so wäre schon viel mit der Erfüllung jener allgemeinen Forderung erreicht, daß jedem Geschlechtskranken, der ambulatorische Hilfe oder die Hospitalbehandlung nachsucht, diese ohne alle Weiterungen in vollstem Maße aus öffentlichen Mitteln gewährt werden sollte. Aber gerade die meisten Prostituierten legen eine schier grenzenlose Gleichgültigkeit in gesundheitlicher Beziehung an den Tag, ein großer Teil der ansteckungsfähigen geschlechtlichen Erkrankungen verläuft für ihre Trägerinnen unbemerkt, und es wäre

also höchstens zu erwarten, daß sich Prostituierte wegen solcher Krankheitsformen in Behandlung begäben, die ihnen lästig werden, und auch dann wäre es nur der kleinere Bruchteil, der sich mit der Hospitalbehandlung befreundete; die meisten würden nur die ambulatorische Hilfe anrufen, die ja auch gewiß meist für die nächsten therapeutischen Ziele völlig ausreicht, aber nicht die geringste Garantie dafür bietet, daß eine ansteckungsfähige Person den geschlechtlichen Verkehr unterläßt, auf den die Prostituierte in ihrer finanziellen Notlage angewiesen zu sein glaubt. Gar nicht erwarten dürfte man von einer solchen Person, daß sie nur im Interesse ihrer eigenen Gesundheit sich auch in Zeiten, in denen sie sich nicht krank fühlt, einer fortlaufenden hygienischen Kontrolle unterstellte. Nur theoretisierende Konstruktionen können mit der Hoffnung rechnen, daß die Dirne den wünschenswerten hygienischen Instinkt und einen Grad von Gewissenhaftigkeit besäße, der tatsächlich nicht existieren kann.

Eher wäre daran zu denken, daß Prostituierte sich aus geschäftlichem Interesse jener freiwilligen Kontrolle unterzögen. Wenn in Ländern, die keine offizielle Ueberwachung der Prostituierten besitzen, in gewissen Bordellen eine umfassende ärztliche Untersuchung der Insassinnen stattfindet, so geschieht es, weil die Besucher diese gesundheitliche Garantie verlangen. Auch die einzelne Prostituierte würde gewiß den Nachweis ihrer Gesundheit liefern wollen, wenn sie ausschließlich unter Voraussetzungen dieses Nachweises Klienten fände. Aber nur ein Bruchteil der Männer verlangt direkt diese Garantie; viele andere verzichten auf sie aus Gleichgültigkeit oder in der momentaneneu Erregung der Sinne, oder in dem falschen Zutrauen zu einer „gesund aussehenden“ Person, oder in der Annahme, daß sie es mit einem anständigen Mädchen zu tun hätten. Auch jetzt sehen gar viele Männer davon ab, sich das Kontrollbüchlein der Prostituierten vorzeigen zu lassen, mit denen sie verkehren. Von einem Versuche, durch Belehrung der Männer in dieser Beziehung wesentliche Aenderungen zu erzielen, ist nicht gar viel zu erwarten.

Für die Prostituierte bedeutet es unter Umständen den größeren geschäftlichen Vorteil, wenn sie ihrem Klienten verheimlicht, daß sie eine gewerbsmäßige Dirne ist; und solange die Prostituierte ihr Gewerbe im Geheimen oder unter irgend welchem Deckmantel betreiben kann, zielt sie darauf ab, bei ihrem Klienten den Glauben möglichster Intaktheit zu erwecken, und ihre Argumentierung, daß sie als anständige Person keiner gesundheitlichen Kontrolle bedürfe, leuchtet manchen Männern nur zu sehr ein. Die hygienische Ueberwachung will aber gerade auch auf solche Elemente abzielen, die ihre Zugehörigkeit zur Prostitution unter allen Umständen verbergen möchten.

Welchen Dirnen würde man überhaupt jenen Gesundheitsnachweis erteilen können? Die Voraussetzungen liegen in dieser Beziehung genau so wie unter der jetzigen Kontrolle. Von einer positiven Garantie könnte überhaupt nicht die Rede sein, es könnte sich nur um die Bestätigung handeln, daß im gegebenen Momente keine ansteckenden Symptome nachzuweisen waren, und auch diese wäre nur auf Grund genauer, gehäufter und fortlaufender Untersuchungen zu erteilen. Der Prostituierten dürfte, damit die Kontinuität der Beobachtung gewahrt bleibe, nicht eine beliebige Wahl und ein beliebiger Wechsel der Untersuchungsinstanz freistehen, und diejenigen, denen vorwiegend jene Bescheinigungen ausgestellt werden könnten, wären in letzter

Linie unter den gewerbsmäßigen Dirnen nur dieselben älteren Personen, die auch jetzt durch die Ueberwachung einen geschäftlichen Vorteil finden, wie auch Anfängerinnen, die sich nicht lange ihrer Gesundheit erfreuen.

Unter allen Umständen schränkt sich die Zahl derer, die sich in den fortlaufenden Besitz jenes Ausweises setzen könnten, ganz gewaltig ein, wenn die notwendigen Voraussetzungen erfüllt werden sollen.

Aber selbst zugegeben, daß die Untersuchung dasselbe leisten könnte wie jetzt, — die Schwierigkeit entsteht in dem Momente, in dem eine Geschlechtskrankheit festgestellt wird. Die beste Prophylaxe der venerischen Krankheit liegt in der Behandlung der Kranken. Wie soll man aber Prostituierte behandeln, wenn man sie nicht zur Behandlung zwingt?

Denken wir uns deshalb eine Instanz, der keinerlei Gewaltmittel zu Gebote stehen, die Behandlung zu erzwingen, so ist mit der Aufdeckung der geschlechtlichen Erkrankung und mit dem Wegfall des Gesundheitsattestes so gut wie nichts erreicht. Die Dinge liegen eben so, daß die Dirne auch ohne gesundheitlichen Ausweis Klienten finden kann, und diese Gewißheit wird viele von vornherein abhalten, sich überhaupt um jene Bescheinigungen zu bemühen, deren Erlangung ja doch für sie unter allen Umständen eine gewisse Unbequemlichkeit bedeutet. Andererseits wäre aber ein System ganz unsinnig, das die Kontrollierte gerade dann aus der Ueberwachung entlassen wollte, wenn ihre Gefährlichkeit konstatiert ist.

Die Anschauung, daß es etwa genüge, einer kranken Prostituierten ihr Büchlein abzunehmen, ist grundfalsch. Niemand wird es gutheißen dürfen, daß etwa gar aus öffentlichen Mitteln spezielle Einrichtungen geschaffen oder unterstützt werden sollten, die irgendwelchen Personen auf deren Wunsch Bescheinigungen über die geschlechtliche Gesundheit ausstellen sollten, im Krankheitsfalle aber keinerlei Zwangsrecht besäßen. Boureau hat den durchaus nicht zu billigenden Vorschlag gemacht, daß in Spitälern und anderen öffentlichen, der ärztlichen Hilfe gewidmeten Institutionen jene Zeugnisse jedem Bewerber gratis ohne Zusammenhang mit irgend welchen administrativen oder gar polizeilichen Maßregeln erteilt werden sollten; er tritt für die Gründung einer „Société de prophylaxie des maladies contagieuses évitables“ ein, die in allen Kulturstaaten jenen Zwecken dienen sollte.

Nicht nur ein klägliches Mißverhältnis zwischen den allernächsten praktischen Erfolgen und den Kosten muß jede behördliche Unterstützung derartiger Institutionen ablehnen lassen. Sie bedeuten eine unzulässige Form der Approbation der Prostitution auch für den, dem diese an sich nicht für strafbar gilt.

Was einzig und allein die Prostituierten der regelmäßigen Kontrolle und der Behandlung zuführen kann, ist und bleibt der Zwang, die Furcht vor einer Bestrafung für den Fall der Nichtbefolgung der ärztlichen Ueberwachung. Die hygienische Instanz ist deshalb auf ein Zusammenarbeiten mit den Behörden und speziell mit der Polizei angewiesen. Die Prostituierte aber, die glaubt, sich im Krankheitsfalle einer solchen Einrichtung entziehen zu können, wird von vornherein es doppelt vermeiden, eine Einrichtung zu benutzen, die sie jenem Zwange zuführt. Man macht ihr die „freiwillige“ Ueberwachung nicht schmackhafter dadurch, daß ihr im Falle des Wegbleibens aus dieser Kontrolle oder im Falle der Erkrankung die Polizei nachspüren und

sie zum mindesten einer Zwangsbehandlung zuführen soll, die von der Kranken nicht als Notwendigkeit, sondern als Strafe aufgefaßt wird.

Aber immerhin sind Modifikationen der Ueberwachung angeraten worden, die eine Ausdehnung auf eine größere Anzahl von Prostituierten zulassen sollen, ohne die Schäden der jetzigen Kontrolle zu teilen oder wenigstens ohne sie im gleichen Umfange zu besitzen.

LESSER schlägt eine Graduierung der Kontrolle in folgender Weise vor. Neben der Sittenpolizei, die reformiert und verbessert werden müßte, solle eine Gelegenheit zur unentgeltlichen Ueberwachung und Behandlung solcher Prostituierten geschaffen werden, die nicht der Sittenpolizei unterstellt wären. Die Mädchen, die sich dieser Instanz anvertrauen, sollen nicht der Sittenpolizei angezeigt werden; im Gegenteil, eine Person, die den Nachweis führen kann, daß sie in jener Anstalt behandelt wird, soll nicht in die polizeilichen Listen eingetragen werden dürfen. Umgekehrt sollen Inskribierte, die sich verpflichten, den Anordnungen jener freiwilligen Behandlungsinstanz zu folgen, aus der sittenpolizeilichen Kontrolle entlassen werden.

LESSER denkt sich diese Behandlungsstelle als eine Art Prostituiertenpoliklinik, von der aus jede Kranke mit erheblichen Erscheinungen einer ansteckenden Geschlechtskrankheit dem Krankenhause zu überweisen wäre.

Nach der Entlassung wird sie an die Poliklinik zurückverwiesen, wo sie sich je nach der Natur ihrer Krankheit und nach den zu erwartenden Rückfällen in gewissen, vom Arzte zu bestimmenden Zeitintervallen vorzustellen hat, und wo die etwaige Nachbehandlung und Behandlung harmloser Affektionen vorgenommen wird, von wo sie aber bei schwereren Rückfällen und Neuerkrankungen ernsterer Natur wieder ins Krankenhaus zurückgeschickt werden soll. Sträubt sich die Kranke absolut, ins Hospital einzutreten, so solle ihr die Konzession gemacht werden, daß sie sich in der Poliklinik weiter behandeln lassen dürfe. Aber freilich würden solche Kranke ihren Freibrief gegenüber der Sittenpolizei einbüßen, da sie die vom Arzte verlangte Aufnahme ins Krankenhaus abgelehnt haben. Immerhin sei es aber doch noch besser, wenn ein solches Mädchen sich überhaupt ärztlich behandeln lasse, als wenn sie unbehandelt die Prostitution weitertreibe.

Die Kranken, die sich freiwillig den Anordnungen des Arztes fügen, erhalten über alle diese Dinge, über den Krankenhausaufenthalt und die regelmäßigen Besuche in der Poliklinik eine Bescheinigung in einem besonderen Erkennungsbuche. Wird nun ein solches Mädchen wegen des Vergehens der Prostitution von der Polizei aufgegriffen, und vermag sie durch ihr Buch nachzuweisen, daß sie den ärztlichen Anforderungen in der Poliklinik nachgekommen ist, so muß die Sittenpolizei sie unbehelligt gehen lassen. Wird dagegen ein Mädchen wegen Prostitution aufgegriffen, welches diesen Nachweis nicht zu bringen vermag, so verfährt die Sittenpolizei nach den Umständen und wenn anders diese Umstände danach sind, wird die Betreffende der sittenpolizeilichen Kontrolle unterstellt.

LESSER glaubt, daß sich die Mädchen der freiwilligen Behandlung nur dann unterziehen werden, wenn im Hintergrunde das Schreckgespenst der Sittenpolizei lauert, und wenn sie durch die regelmäßige Befolgung der ärztlichen Vorschriften sich dieses Schreckgespenst vom Halse halten können. Dies ist für ihn der wesentliche Grund, weshalb er eine Beibehaltung der Sittenpolizei für notwendig hält.

Die Mädchen werden, wie Lesser glaubt, sich dem Eintritt ins Krankenhaus weniger widersetzen, wenn sie wissen, daß die Hauptgründe wegfallen, die sie bisher vom Krankenhausaufenthalt abschreckten; die Einziehung der Kosten wie das Bekanntwerden der Krankheit bei den Behörden, vor allem bei der Sittenpolizei; gerade umgekehrt sollte der freiwillige Eintritt ins Krankenhaus den Patientinnen den am meisten gefürchteten Konflikt mit der Sittenpolizei ersparen und ihnen einen Schutz gegen diese Behörde gewähren.

Wenn Lesser von der Durchführung seiner Vorschläge erhofft, daß sich Mädchen in wesentlich größerer Zahl als bisher der nunmehr freiwilligen Kontrolle unterstellen würden, so fürchte ich, daß sich eine derartige Verbreiterung der Kontrolle überhaupt nicht einstellen kann. Es handelt sich nicht darum, daß diejenigen Elemente, die jetzt einer Ueberwachung unterstehen, mit Freuden jede ihnen gebotene Erleichterung ergreifen würden, sondern um die Frage der weiteren Entwickelung. Und da möchte ich meinen, daß die geheime Prostituierte nach Möglichkeit die Benutzung der Polikliniken, wie sie Lesser vorschlägt, vermeiden wird. Denn wenn der Ausweis, den sich die Dirne bei der rein hygienischen Instanz holt, ihr wohl einen Schutz der Polizei gegenüber gewähren soll, so liefert derselbe Ausweis auf der anderen Seite das Indizium, daß die Inhaberin sich selbst für eine gewerbsmäßige Prostituierte hält. Jene Bescheinigung soll sich ja nicht auf die Konstatierung beschränken, daß eine kranke Person in Behandlung steht, sondern sie soll auch die fortlaufenden Präventivuntersuchungen solcher erweisen, die augenblicklich keiner Behandlung benötigen.

Notwendig und wünschenswert sind derartige Untersuchungen aber nur für jene, die sich ständig der Gefahr der Infektion aussetzen, und diejenigen Personen, die sich freiwillig jener Kontrolle unterstellen, verraten damit ohne weiteres, daß sie eben zur gewerbsmäßigen Prostitution gehören.

Die meisten der geheimen Prostituierten aber suchen nach Möglichkeit die gegenteilige Fiktion aufrecht zu erhalten, und sie werden es ruhig darauf ankommen lassen, bis die Polizei sie überhaupt erst einmal aufspürt, ehe sie sich jener sanitären Kontrolle unterwerfen.

Dagegen leuchtet aus Lessers Projekt ein Punkt als human und ohne weiteres wohl in die Praxis übertragbar ein: die Polizei soll die ihr bekannten und unterstellten Dirnen, denen gegenüber sie glaubt, auf eine intensivere sittenpolizeiliche Kontrolle verzichten zu dürfen, einer rein hygienischen Instanz überweisen und sich womöglich jedes weiteren Eingreifens enthalten, solange dieses nicht seitens der hygienischen Kontrolle verlangt wird. Dieses Vorgehen ließe sich aber bereits im Rahmen der jetzigen Reglementierung durchführen, der gegenüber ja das Bestreben immer mehr zur Geltung kommen sollte, die sittenpolizeilichen Maßregeln zu Gunsten der sanitätspolizeilichen zurückzudrängen.

Sind jene sittenpolizeilichen Vorschriften nicht überhaupt überflüssig?

Auch von juristischer Seite (Stenglein) wird darauf verwiesen, daß die Sonderbestimmungen, welche die polizeilichen Reglemente im Interesse der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes enthalten, gar nicht nötig seien, sondern daß Ausschreitungen und Uebertretungen sehr wohl nach den Strafbestimmungen des § 183 Str.G.B.

oder § 360 Ziff. 11 Str.G.B. (grober Unfug) behandelt werden könnten. STENGLEIN schließt, es dürfte die Annahme gerechtfertigt sein, daß ein gegen öffentliche Ordnung und Anstand verstoßendes Gebahren Prostituierter, welches bezweckt, Kundschaft für das schmutzige Gewerbe der Täterinnen anzulocken, aus § 183 Str.G.B. strafbar ist, also eines besonderen auf Unterlassung gerichteten Gebotes der Polizeibehörde nicht bedarf.

In der Tat müssen auch wir sagen: Wenn jene polizeilichen Mittel überflüssig sind, wird man sie im eigenen Interesse der Reglementierung, die hygienische Ziele verfolgt, ausscheiden. Sehen wir doch wie ihnen ungezählte Dirnen zum Opfer fallen, wie jährlich ein ganzes Heer von Polizeistrafen die Inskribierten betrifft, die einen großen Teil der Zeit deshalb nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im Polizeigefängnis zubringen müssen. Eine abschreckende Wirkung kann nicht ausbleiben: die Inskribierte wird ihr Verhalten weniger in Einklang mit den polizeilichen Vorschriften zu bringen suchen, als daß sie vielmehr darauf ausgeht, sich der Kontrolle wieder ganz zu entziehen, die Nicht-Inskribierte aber wird alles daran setzen, der polizeilichen Schikane zu entgehen. Für sie ist das System kein gesundes Abschreckungsmittel, das sie von der Prostitution fernhält, sondern nur ein Antrieb, ihr Gewerbe vor der Polizei geheim zu halten. So arbeitet das System unökonomisch der hygienischen Forderung entgegen.

Natürlich aber hat der Hygieniker auch ein indirektes Interesse an der Existenz jener sittenpolizeilichen Beschränkungen. Wir haben alle Bestrebungen zu unterstützen, welche die Nachfrage nach der vorhandenen Prostitution einschränken, wir wollen mit aller Macht jede Provokation bekämpfen, die von den Prostituierten ausgeht, und können so Maßregeln gutheißen, die über die Strafvoraussetzungen des § 183 wie § 360 Ziff. 11 hinausgehen. Wenn der Prostituierten so mannigfache und unmerkliche Zeichen der Einladung zum Geschlechtsverkehr zu Gebote stehen, daß sie unter jene Paragraphen nicht fallen können, so besteht gewiß ein Interesse, die Dirnen überhaupt von Oertlichkeiten oder öffentlichen Gelegenheiten fernzuhalten, zu denen sie sich zum Zwecke der geschäftlichen Anlockung begeben, wenn diese Zirkulation in weitem Sinne provokatorisch wirkt, und es ist ja nicht allein die kontrollierte Prostitution, die dabei in Frage kommt. Oeffnet die Polizei in einer Stadt die Hauptstraßen dem „Strich“ der Dirnen, so werden auch die unkontrollierten sich dorthin ziehen; verbietet sie diese Straßen, so kann sie auch die geheime Prostitution von dort vertreiben. Die Anwesenheit der Dirnen in Vergnügungslokalitäten kann an sich nicht unter das Strafgesetzbuch fallen, aber sie kann das Lokal zur Unzuchtsbörse verwandeln, und wie die Polizei die Verpflichtung hat, dies nach Möglichkeit zu vermeiden, so wird sie, falls sie den vernünftigen Standpunkt einhält, den Dirnen, die sie kontrolliert, auch die Möglichkeit zu gewähren, ihr Geschäft auszuüben, den Versuch machen, die unmerkliche, gegen die Fassung des staatlichen Gebotes nicht verstoßende Anlockung auf bestimmte, nicht auffällige Lokalitäten zu konzentrieren und zu beschränken.

Ebenso ist in der Wohnungsfrage der Prostituierten die polizeiliche Ueberwachung und Hilfe nicht zu entbehren. Gesetzliche Festlegungen können gar nicht soweit ins Detail gehen, daß sie besondere Vorschriften für die einzelnen Städte überflüssig machten.

Uebrigens kann der Reglementierung bei allem Schlechten, was ihr vorzuwerfen ist, eine Wirkung nicht abgesprochen werden, die sie in den Augen Vieler noch besser als eine womöglich rein sanitäre Kontrolle der gewerbsmäßigen Prostitution erscheinen lassen wird: sie drückt dem gewerbsmäßigen Prostitutionsbetrieb den Stempel des Schmachvollen auf. Damit kann aber praktisch unter Umständen eine einengende Rückwirkung auf den Umfang der geheimen Prostitution erreicht werden. Hat die geheime Dirne zu befürchten, im Falle der Entdeckung jener Aechtung zu verfallen, so wird sie sich eher von einem gewerbsmäßigen Betriebe fernhalten. Eine rein hygienische Ueberwachung kann diese abschreckende Wirkung nicht erfüllen. Fragt man, ob der gänzliche Wegfall aller jener Maßnahmen, welche die sanitäre Kontrolle der Prostituierten zunächst nicht tangieren, von wesentlichem Nutzen wäre, wie von mancher Seite behauptet wird, so darf die Antwort nicht allzu optimistisch ausfallen. Was nun aber die rein gesundheitliche Seite der Angelegenheit betrifft, so wird behauptet, daß es gelingen kann, die Ausnahmestellung der Prostituierten zu beseitigen. Nach dem früher aufgestellten Satze, daß die Allgemeinheit das Recht besitzen muß, in die Freiheit des einzelnen eingreifen, der andere durch eine ansteckende Krankheit gefährdet, daß aber diese Repression das nötige Maß nicht überschreiten dürfe, ist die Frage der möglichen gesetzlichen Bestimmungen gegen eine Uebertragung von Geschlechtskrankheiten in ihrer breitesten Verallgemeinerung, in ihrer gleichmäßigen Ausdehnung auf Mann und Weib heranzuziehen.

Es kann sich um ein strafrechtliches Vorgehen handeln: 1) entweder gegen die Uebertragung von Geschlechtskrankheiten oder 2) selbst gegen die Konkumbenz unter Voraussetzungen, unter denen der eine Konkumbent mit der Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit der Uebertragung seiner Geschlechtskrankheit rechnen müßte.

Eine Bestrafung wegen Uebertragung geschlechtlicher Erkrankungen ist in Finnland festgelegt:

Finnland, Str.G.B. vom 19. Dezember 1899.

Kap. XX § 13. Wer eine an ihm haftende venerische Krankheit durch Beischlaf wissentlich auf einen anderen überträgt, wird mit Zuchthaus oder Gefängnis bis zu 2 Jahren bestraft."

Sachsen stellte 1855 ebenfalls das Delikt der erfolgten Ansteckung auf:

Art. 359. Ist bei Ausübung des Beischlafs oder widernatürlicher Unzucht der eine Teil wissentlich mit der Lustseuche behaftet gewesen und dadurch eine Ansteckung herbeigeführt worden, so wird er mit Gefängnis von 2—4 Monaten oder Arbeitshaus bis einem Jahr bestraft.

Das Strafverfahren ist, wenn die Handlung, durch welche die Ansteckung bewirkt wurde, schon an sich, sei es infolge eines gestellten Antrages oder von Amtswegen, zur Bestrafung zu ziehen ist, auf die stattgefundene Ansteckung mit zu erstrecken, sonst aber wegen der letzteren nur auf Antrag einzuleiten.

In das sächsische Strafgesetz von 1868 ist diese Bestimmung nicht übergegangen.

Wird die Uebertragung geschlechtlicher Erkrankungen als Körperverletzung aufgefaßt, so ist ein derartiges Spezialgesetz überflüssig, und wenn wir hören, daß Juristen wie BINDING, OLSHAUSEN, FRANK, v. LISZT die Ansicht vertreten, syphilitische Ansteckung sei als Körperverletzung zu betrachten, erscheinen schon jetzt die Voraussetzungen für die Möglichkeit der Bestrafung gegeben. Es besteht Gelegenheit, eine Verfolgung nach Art des § 223 Str.G.B. wegen geschlechtlicher Ansteckung eintreten zu lassen. STENGLEIN betont, bei der hohen Gefahr, die eine solche Ansteckung bedeutet, müßte die Strafe nur

eine strengere sein, als diejenige, die der § 223 Str.G.B. vorsieht. An ernsten Vorstellungen von der Bedeutung der geschlechtlichen Erkrankung fehlt es demnach gewiß nicht.

Warum hören wir nun nicht öfter von Anklagen derart? Häufig wird sich der Erkrankte schon aus Scheu nicht mit der Anzeige hervorwagen, damit nicht die Art seiner Krankheit bekannt werde, häufig weiß der Kranke nicht, von wem er sich die Affektion geholt hat. In dieser Lage befinden sich durchweg Prostituierte, die in fortgesetztem Unzuchtsbetriebe stehen, und dasselbe trifft auch bei Männern häufig genug zu, besonders bezüglich der Syphilis mit ihrer langen Inkubationszeit oder gar in Fällen der Erkrankung, in denen nicht der Primäraffekt, sondern erst Sekundärerscheinungen zur Beobachtung gelangen. Wird aber die Anklage in einem Falle erhoben, der für den Verletzten noch so einfach liegt, so ergibt sich die unendliche Schwierigkeit für den Ankläger, den Kausalnexus nachzuweisen.

Wie soll es, wenn die Tatsache des erfolgten Beischlafes zwischen Kläger und Beklagtem als erwiesen gilt, dem Kläger gelingen, darzutun, daß die Infektion gerade auf den Beischlaf mit der angeklagten Person zurückzuführen sei? Sehen wir ganz ab von der etwaigen „Syphilis insontium" — die bei einem genitalen Primäraffekte wohl in der Regel ohne weiteres wird ausgeschlossen werden können — so stehen wir fast stets bei normalen äußeren Umständen vor der Unmöglichkeit, auszuschließen, daß der Kläger vor oder seit dem von ihm verdächtigten Koitus — aber innerhalb der möglichen Inkubationszeit — anderweitigen geschlechtlichen Umgang gepflogen habe, und wenn es sich bei der Syphilis an und für sich schon durchschnittlich um eine lange Inkubationszeit handelt, würde bei der Beurteilung von derartigen Möglichkeiten mit der Eventualität noch weit längerer Fristen zu rechnen sein. Oder der Kläger zeigt die Erscheinungen florider Gonorrhöe, auch bei der beklagten Person findet sich ein Tripper, so wird der Sachverständige oft nicht in der Lage sein, auszuschließen, daß der Kläger nicht an einem alten, chronischen Tripper leidet, der auch ohne Neu- oder Superinfektionenen zu einer akuten Verschlimmerung geführt haben k ö n n t e.

Es ergeben sich aber weitere juristische Beweisschwierigkeiten. Handelt es sich um vorsätzliche oder um fahrlässige Körperverletzung? (d. h. um Anwendbarkeit von §§ 223, 229, 230 R.Str.G.B.?). Die Frage wird, wie ich sehe, nicht einheitlich von den Juristen beantwortet. Stenglein z. B. glaubt, die Vorsätzlichkeit läge vor, sobald der männliche oder weibliche Teil das Bewußtsein hat, syphilitisch krank zu sein, während v. Liszt urteilt, daß das Bewußtsein allein, geschlechtskrank zu sein, und die Erkenntnis der Gefahr, in die der andere Teil gebracht wird, nach der in der deutschen Wissenschaft und Rechtsprechung allgemein herrschenden Ansicht nicht ausreichen, um eine Verurteilung wegen vorsätzlicher Körperverletzung zu rechtfertigen. Der Fall, daß der Coitus infectiosus mit der Absicht ausgeführt wird, den anderen Teil an seiner Gesundheit zu schädigen (etwa Ansteckungen aus Rache oder aus dem Aberglauben, daß die Uebertragung der Krankheit auf ein unschuldiges Mädchen von der Krankheit befreie) können nur selten in Betracht kommen. Wer andererseits weiß, daß er durch die Vollziehung des Beischlafs den Konkumbenten anstecken wird und diesen von ihm als möglich vorausgesehenen Erfolg billigt, haftet wegen Vorsatzes. Wie aber sollte aus

äußeren Umständen der „Dolus eventualis“ festgestellt werden, ob der Täter den Erfolg „gebilligt“, ob er ihn „eventuell gewollt“ hat. Wer sich aber um die Folgen seines Tuns nicht kümmert, handelt fahrlässig, aber niemals vorsätzlich, wenn nicht die Billigung des Erfolges hinzutritt.

Diese ganze Fülle der Beweisschwierigkeiten lenkt die Frage nach der Richtung, ob man bei der Bestrafung des Sexualverkehrs Geschlechtskranker nicht überhaupt von dem Eintritt einer vorsätzlich oder fahrlässig herbeigeführten Infektion absehen sollte. Nicht die Gesundheitsbeschädigung durch die erfolgte Ansteckung, sondern die Gesundheitsgefährdung durch den geschlechtlichen Verkehr, der die Gefahr der Ansteckung mit sich bringt, wäre dann der Tatbestand, an den die neuen Strafdrohungen des Gesetzgebers anzuknüpfen hätten, und so kommt v. Liszt zu dem Resultate: Der Gesetzgeber, welcher der Verbreitung der venerischen Krankheiten entgegentreten will, muß von dem Erfordernis einer erfolgten Infektion gänzlich absehen und den geschlechtlichen Verkehr einer infizierten Person als solchen unter Strafe stellen.

Es existieren verschiedentlich gesetzliche Bestimmungen, die eine Strafdrohung wegen Gesundheitsgefährdung in der Beschränkung auf die Prostituierten aussprechen (cf. v. Liszt).

Zunächst werden folgende Strafschärfungen gegen syphilitisch infizierte Dirnen angeführt.

Altenburg 1814.
Art. 305. Weibspersonen, welche die Unzucht als Gewerbe betreiben . . .
Abs. 2. Ist eine solche Weibsperson zu der Zeit des Beischlafs wissentlich mit der Lustseuche behaftet gewesen, so findet 6-monatliche bis 1-jährige Arbeitshausstrafe statt.

Baden 1845.
§ 369. Lustdirnen, die sich preisgeben, während sie mit der Lustseuche behaftet sind, werden auf Antrag der Polizeibehörde, mit geschärftem Amtsgefängnis, und im Falle der Wiederholung nach Verkündung eines früheren verurteilenden Erkenntnisses, mit geschärftem Kreisgefängnis bis zu 6 Monaten bestraft.

Thüringen.
Art. 300. Frauenspersonen, welche den Beischlaf gewerbsmäßig betreiben, sind mit 3—6-wöchentlicher Gefängnisstrafe zu belegen.
Ist eine solche Frauensperson zur Zeit des Beischlafs wissentlich mit der Lustseuche behaftet gewesen, so ist auf 6-wöchentliche bis 1-jährige Arbeitshausstrafe zu erkennen.

Oesterreich acceptierte 1852 das jetzt noch gültige Gesetz:
§ 509. Die Bestrafung derjenigen, die mit ihrem Körper unzüchtiges Gewerbe treiben, ist der Ortspolizei überlassen. Wenn jedoch die Schanddirne durch die Oeffentlichkeit auffallendes Aergernis veranlaßt, junge Leute verführt, oder da sie wußte, daß sie mit einer venerischen Krankheit behaftet war, dennoch ihr unzüchtiges Gewerbe fortgesetzt hat, so soll dieselbe für diese Uebertretung mit strengem Arrest von einem bis zu drei Monaten bestraft werden.

Schaffhausen.
§ 184. Weibspersonen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, werden mit Gefängnis bis 6 Wochen, im Rückfall aber, oder wenn eine solche Weibsperson mit der Lustseuche behaftet ist, mit geschärftem Gefängnis bis auf 6 Monate bestraft.
Kantonsfremde Dirnen werden überdies noch aus dem Kanton verwiesen.

Tessin.
§ 425. Mit ähnlichem Wortlaut, aber geringfügigeren Strafen.

Derartige Spezialbestimmungen gegen Prostituierte könnten ohne weiteres wegfallen, wenn ein allgemeines Gesetz existierte.

Schon das Oldenburger Gesetz vom Jahre 1814 enthält eine einschlägige Bestimmung.

Art. 387. Wer, da er wußte, daß er mit einer venerischen Krankheit behaftet war, den Beischlaf mit einer anderen Person vollzieht, soll, wenn solche Handlung nicht durch böse Absicht oder die Folgen in ein größeres Verbrechen übergegangen, auf Denunziation des angesteckten Teils und im Falle des Art. 426 (der die Schanddirne bedroht) auch von Amtswegen mit Gefängnis von einem Monat bis zu einem Jahre bestraft werden.

In der außerdeutschen Gesetzgebung finden sich allgemein gehaltene Strafdrohungen gegen Gesundheitsgefährdung durch den Geschlechtsverkehr infizierter Personen.

Zunächst im Schaffhausener Gesetz vom Jahre 1859.

§ 185. Wer mit der Lustseuche behaftet, im Bewußtsein dieses Zustandes den Beischlaf ausübt, soll mit Gefängnis ersten Grades bis auf 3 Monate bestraft werden.

Ferner Dänemark, Str.G.B. 1866.

§ 181. Wenn jemand, der weiß oder vermutet, daß er mit einer ansteckenden venerischen Krankheit behaftet ist, mit einer anderen Person Unzucht übt, so ist Gefängnisstrafe oder unter erschwerenden Umständen Besserungshausstrafe anzuwenden.

Das Norwegische Str.G.B. von 1874 hatte (Kap. 18 § 30) bestimmt:

Wer wissend, daß er mit einer venerischen Krankheit behaftet ist, mit einem anderen Unzucht treibt und ihn dabei ansteckt, wird mit Gefängnis oder Strafarbeit im 5. Grade bestraft.

Demgegenüber zeigt das Norwegische Str.G.B. vom 22. Mai 1900 folgende Aenderung:

§ 155. Wer, obwohl er weiß oder vermutet, daß er an einer ansteckenden Krankheit leidet, durch geschlechtlichen Verkehr oder Unzucht einen anderen ansteckt oder der Ansteckung aussetzt, wird mit Gefängnis bis zu 5 Jahren bestraft.

Gleiche Strafe trifft den, der dazu mitwirkt, daß jemand, von dem er weiß oder vermutet, daß er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, durch das erwähnte Verhalten einen anderen ansteckt oder der Ansteckung aussetzt[1]).

Weiterhin sind hier anzuführen:

Oesterreichische Entwürfe: GLASER I (1874) § 463 resp. Entwurf II § 455 Abs. I und Entwurf VI (1891) § 483, Entwurf VII § 477.

Niederländischer Entwurf des Justizministers CURT VAN DER LINDEN (1890).

Schweizer Entwurf (1902) Art. 75.

Im Deutschen Reichstag wurde die Frage bei der Beratung der Lex Heinze eingehend erörtert.

1892 Vorschlag der Kommission (Sten. Ber. Session 1892/83, Bd. 1, S. 22—24).

§ 327a. Wer wissend, daß er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, den Beischlaf ausübt, wird . . . . bestraft.

Wiederholt in dem vom Zentrum eingebrachten Entwurf Dezember 1897 (Sten. Ber. Session 1895/97, Anlagebd. 5, No. 618).

Dem Plenum schließlich in folgender Fassung vorgelegt:

Wer die Gesundheit einer Person dadurch gefährdet, daß er wissend, daß er mit einer ansteckenden Geschlechtskrankheit behaftet ist, außerehelich den Beischlaf ausübt, wird . . . . bestraft.

In derselben Fassung im Zentrumsentwurf Dezember 1899 (Sten. Ber. 1898/1900, Anlageb. 1, No. 31) und schließlich abgelehnt.

Einwände gegen eine derartige Strafdrohung lassen sich nicht unterdrücken; ich will hier nur medizinische Bedenken hervorheben. Wenn es auch unendlich viel leichter sein wird, im gegebenen Falle nachzuweisen, daß ein Angeschuldigter zur Zeit der Vollziehung des Beischlafs mit einer geschlechtlichen Erkrankung behaftet war, als den oben verlangten Beweis der erfolgten Ansteckung zu erbringen, so bleiben auch hier Lücken. Die Untersuchung kann immer erst

1) Die einschränkende Bestimmung, daß, wenn der Angesteckte oder der der Ansteckung Ausgesetzte der Ehegatte des Täters ist, die Verfolgung nur auf dessen Antrag eintritt, findet sich hier wie anderwärts. Ich brauche auf diese Bestimmung im Rahmen unserer Untersuchung nicht weiter einzugehen.



nach einigen Tagen erfolgen, und deckt sie tatsächlich bei dem Untersuchten das Vorhandensein einer Geschlechtskrankheit auf, so könnte, wenn es sich um frische Syphilis oder frische Gonorrhöe handelt, der Patient zur Zeit des verdächtigten Beischlafs sich noch im Inkubationsstadium der Krankheit befunden, bei frischer Gonorrhöe sich vielleicht überhaupt erst später infiziert haben. Und wie häufig dürfte eine Denunziation in Fällen erfolgen, in denen der Angezeigte gar nicht der Schuldige, sondern überhaupt der infizierte Teil wäre! Der Nachweis der Geschlechtskrankheit bei einer angeschuldigten Person kann allein niemals genügen, die Verurteilung zu rechtfertigen, die Absicht des Gesetzgebers muß dazu noch bei dem Infizierenden das Bewußtsein voraussetzen, daß er an einer ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheit litt. Dieses Bewußtsein wird vor allen Dingen in den späteren Stadien sowohl des Tripper wie der Syphilis fehlen, und daß es vorhanden war, wird auch in den früheren Stadien nur bei einzelnen, allerdings mitunter sogar krassen Fällen zu erbringen sein.

Ein Gesetzesparagraph in der Fassung wie ihn v. Liszt vorschlägt:

> wer wissend, daß er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, den Beischlaf ausübt, wird mit Gefängnis bis zu 2 Jahren bestraft etc. etc.

wird deshalb nicht häufig zur Anwendung gelangen können. v. Liszt sieht das selbst voraus, und er erblickt den Wert eines solchen Gesetzes gar nicht in der „Spezialprävention“, darin, daß nun der Strafvollzug häufig einträte, sondern in der Strafdrohung an sich, die dem jungen Manne eine ernste Warnung werden will, seine Gewissenhaftigkeit und sein Verantwortlichkeitsgefühl wecken und stärken soll. „Sie will ihm ins Gedächtnis zurückrufen, was er vergessen hat, weil auch keiner seiner Freunde und Bekannten daran zu denken gewöhnt war: daß er nicht nur eine sittlich verwerfliche, sondern auch eine vom Staate gebrandmarkte Tat begeht, wenn er, um ein augenblickliches Bedürfnis zu befriedigen, einen seiner Nebenmenschen der Gefahr aussetzt, die Gesundheit vielleicht für sein ganzes Leben einzubüßen.“ Die hohe sozialpolitische Bedeutung eines solchen Gesetzes wie der eminent erzieherische Gedanke, der in ihm liegt, sind nur gutzuheißen.

Wenn aber die direkte praktische Wirkung überhaupt in Frage kommen kann, so ist es den Prostituierten gegenüber. v. Liszt will zwar von vornherein das Problem der Prostitution ganz aus dem Umkreis seiner Erörterungen insofern völlig ausscheiden, als er nicht darauf eingeht, ob die Prostitution als solche oder unter gewissen Voraussetzungen zu bestrafen sei, aber selbstverständlich müßte ein Gesetz wie das hier skizierte seine Wirkungen auch auf die Prostituierten ausüben. v. Liszt ist sich darüber klar, daß eine Strafdrohung, die nur in seltenen Fällen zur Anwendung gelangt, den Dirnen gegenüber nur von geringer Wirkung sein mag, und will sich mit der Strafdrohung in erster Linie nicht an die Dirne, sondern an den Mann wenden. Schmölder dagegen, der die Lisztsche Fassung in strengerer Form acceptiert, baut seinen Gesetzesvorschlag in folgender Weise weiter aus:

In Wegfall kommen muß die Reglementierung, sowie die jetzige Strafbestimmung gegen die gewerbsmäßige Unzucht der Nichtreglementierten.

Beachtlich aber bleibt der Gewerbebetrieb der Prostituierten.

Dieserhalb ist die vorsätzliche Gesundheitsgefährdung der Prostituierten eine qualifizierte.

Dieserhalb sind Prostituierte auch wegen fahrlässiger Gesundheitsgefährdung zu bestrafen.

SCHMÖLDER verlangt deshalb den speziellen Zusatz:

Ist die Tat von einer Frau in der Ausübung der gewerbsmäßigen Unzucht verübt, so ist nicht auf Geldstrafe, sondern auf Gefängnisstrafe, aber im Rahmen von 6 Monaten bis zu 3 Jahren, zu erkennen, sowie eine weitere Sonderbestimmung gegen Prostituierte des Inhalts, daß eine Frau, die behaftet mit einer ansteckenden Geschlechtskrankheit gewerbsmäßige Unzucht treibt, mit Gefängnisstrafe von einem Monat bis zu einem Jahr belegt wird.

Der Grundgedanke dieses Systems erscheint vom hygienischen Standpunkt aus verlockend. Nicht die gewerbsmäßige Unzucht an sich, sondern nur soweit sie eine Gesundheitsgefährdung bedeutet, soll unter Strafe gestellt werden.

Wir werden uns nur zu fragen haben, ob — wiederum nur vom medizinischen Standpunkte aus betrachtet — dies Ziel unter Wegfall einer speziellen Ueberwachung erreichbar scheint.

Wie sollen die kranken Dirnen eruiert werden? Unsere früheren Auseinandersetzungen zeigten, daß Anzeigen seitens der erkrankten Männer nur spärlich zu erwarten wären, sie würden oft viel zu spät einlaufen und sie würden um so geringeren Wert haben, je mehr die Dirne, die alles Interesse daran hätte, der Verfolgung zu entgehen, ihren Klienten über ihren Namen getäuscht oder bis zum Einlaufen der Denunziation außerdem Wohnung und Aufenthaltsort gewechselt hätte. Und wiederum, wenn sie gefaßt wird und es läßt sich ihr nicht die spätere Ausübung ihres Gewerbes nachweisen, wie häufig wird die Frage offen bleiben müssen, ob die Dirne schon bei ihrem Verkehr mit dem Denunzianten krank war! Ich kann mir weitere Einwürfe ersparen; was generell gegen die praktische Anwendbarkeit der Strafdrohung anzuführen war, gilt speziell auch, soweit die Prostituierte in Frage kommt. Niemand aber wird leugnen können, daß dann trotz aller Strafgesetze eine Unzahl kranker Dirnen ihr Gewerbe ausüben würde. Soll aber dagegen etwas geschehen, so bedürfte es des präventiven Einschreitens. Was SCHMÖLDER hier an Stelle der fortlaufenden Kontrolle setzen möchte, sind „Stichproben". Die Polizei soll unter den zirkulierenden Dirnen verdächtige Persönlichkeiten herausgreifen und zur Untersuchung bringen. Also verlangt auch das „gerechtere" neue System, wenn es wirksam sein soll, die Hilfe der Polizei, nur daß ihr Vorgehen gegen die Dirnen noch viel willkürlicher erschiene als jetzt, da ja der Unzuchtsbetrieb an sich nicht mehr strafbar wäre. Und welche Dirnen sollten der Stichprobe anheimfallen? Geht die Polizei von der Erwägung aus, daß die meisten oder auch nur ein großer Teil der gewerbsmäßigen Prostituierten an Geschlechtskrankheiten leiden, so hat sie die Verpflichtung, jede Person, die ihr der gewerbsmäßigen Unzucht hinreichend verdächtig erscheint, der Untersuchung zuzuführen. Dagegen gäbe es nur einen Schutz: die Möglichkeit, daß die Prostituierte der Polizei eine genügende Bescheinigung vorzeigen könnte, daß sie an keiner Geschlechtskrankheit leide — und diesen Schutz kann ihr nur eine fortlaufende ärztliche Kontrolle gewähren. Wir sind also wieder am Ausgangspunkte angelangt: mag die Reglemen-

tierung in ihrer jetzigen Form fallen, die ärztliche Kontrolle wäre nicht zu entbehren.

Denn von sich aus kann die Dirne in sehr vielen Fällen gar nicht wissen, ob sie ansteckungsfähig ist, schon mangels subjektiver Symptome der Krankheit und wegen der auch für den Arzt schwierigen Abgrenzung der Ansteckungsfähigkeit in späteren Stadien der Gonorrhöe. Wenn aber auf der anderen Seite wieder zu betonen ist, daß jede gewerbsmäßige Dirne in einem gegebenen Moment geschlechtskrank oder in Gefahr sei, geschlechtskrank zu werden, so wird man bei ihr leicht dazu kommen, den subjektiven Gefährdungsvorsatz zu konstruieren.

Auf die Höhe der vorgeschlagenen Strafen brauchen wir gar nicht einzugehen; mag diese noch so niedrig sein, eine Dirne, die einmal an einer chronischen Gonorrhöe leidet, wäre in Gefahr, auf Jahre hinaus immer wieder eingesperrt zu werden; hier bedürfte es also Schutzmaßregeln zu Gunsten der Prostituierten, und diese wären eben nur in der regelmäßigen ärztlichen Ueberwachung gegeben. Man kann von einer gewerbsmäßigen Dirne keine anderen gesundheitlichen Garantien verlangen als diejenigen, die ihr durch das sachverständige Urteil eines Arztes gegeben werden. Zwei Möglichkeiten wären denkbar: entweder die Dirne wählt sich selbst ihren Arzt oder sie wendet sich an den beamteten Arzt. Wir kommen zu dem Ergebnis, daß den Prostituierten zum mindesten die kostenlose öffentliche Kontrollmöglichkeit zu gewähren sei. Und so würde es mit der ärztlichen Ueberwachung im Prinzip am besten wohl beim alten bleiben.

Der Vorschlag Schmölders erschwert aber auch die Behandlung der erkrankten Dirnen; er lehnt die Zwangsheilung ab und glaubt, daß schon Untersuchungs- und Strafhaft zeitlich genügen werden, die Behandlung durchzuführen. Ich halte es für keinen humanen Umweg, wenn er juristisch auch noch so einwandsfrei sein möchte, wollte man auf diese Weise hygienische Ziele verfolgen. Und Schmölders Vermutung, daß die Bestimmungen des Gesetzes die Prostituierten veranlassen würden, sich freiwillig behandeln zu lassen, brauche ich aus den vielfach angeführten Gründen nicht nochmals zu wiederholen.

Schmölders Gesetzesvorschlag ist nichts anderes als ein vielleicht ungewollter Versuch zur Unterdrückung der Prostitution. Was auf der einen Seite durch eine Abschreckung der leichtsinnigen männlichen Jugend gewonnen wäre, würde reichlich aufgewogen durch den hygienischen Nachteil, der darin läge, daß die kranken Prostituierten erst recht zur Verheimlichung ihrer Krankheiten veranlaßt würden.

Und so käme man zu einer entgegengesetzten Ergänzung des Lisztschen Vorschlages wie Schmölder. Zu verlangen wäre die ausdrückliche Hinzufügung des Hinweises, daß die Dirnen, die sich einer regelmäßigen gesundheitlichen Kontrolle und im Erkrankungsfalle der vorgeschriebenen Behandlung unterziehen, von der Strafdrohung unberührt bleiben sollen. Ein derartiger Zustand entspräche sowohl dem billigen Verlangen nach gesundheitlichen Garantien eines gefährlichen Gewerbes wie der berechtigten Forderung, daß diejenigen, die diesem Verlangen nicht Folge leisten, zu bestrafen wären. Aber man übersehe nicht, daß mit solchen Bestimmungen allemal die Anerkennung der gewerbsmäßigen Prostitution als einer geduldeten Einrichtung ausgesprochen wäre.

Demgegenüber bietet uns anscheinend die einfachsten Vorschläge Stenglein in einem System, von dem er glaubt, daß es in gleicher Weise den Anforderungen der Moral, der rechtlichen Konsequenz und zugleich der Zweckmäßigkeit entspräche, und bei dem auch die Gesundheitspflege nur gewinnen würde. Wie sucht er den befriedigenden Einklang dieser schwierigen Forderungen zu finden? Ich schäle die uns hier zunächst allein interessierenden Punkte heraus.

Er verlangt vor allem

1) Reduktion des § 361 Ziff. 6 St.G.B. auf folgendem Wortlaut:

Mit Haft bestraft wird 6) eine Weibsperson, welche gewerbsmäßig Unzucht treibt.

Es würde demgemäß die Verfolgung eintreten, wie bei jeder anderen strafbaren Handlung. Das richterliche Urteil würde festzustellen haben, ob eine Weibsperson sich fortgesetzt des Erwerbes halber der Unzucht preisgibt.

Bei Gelegenheit der Verfolgung könnte festgestellt werden, ob die Weibsperson geschlechtlich gesund sei oder nicht. Im Falle einer geschlechtlichen Erkrankung könnte die Zwangsheilung geboten und Bestrafung verhängt werden, wenn der geschlechtlich kranke Teil nachweisbar mit dem Bewußtsein der Erkrankung den Beischlaf vollzogen hat. . . . Die Einzelfälle der Untersuchung würden gestatten, letztere gründlich vorzunehmen, was bei der jetzt erfolgenden Massenhaftigkeit der Untersuchung selten geschieht oder auch nicht geschehen kann.

2) Das System der Polizeiaufsicht würde wegfallen, jedoch das unanständige, der Unzucht sich darbietende Benehmen der öffentlichen Dirnen unter Strafe zu stellen sein.

3) Die Strafen für gewerbsmäßigen Betrieb der Unzucht würden wesentlich zu erhöhen sein.

Wir haben hier nichts anderes als ein System, das die gewerbsmäßige Prostitution überhaupt unterdrücken will. Die Rücksicht auf die geschlechtliche Erkrankung der Prostituierten tritt dadurch zutage, daß die Feststellung, ob die Betreffende geschlechtskrank sei, gesetzlich im Rahmen der Str.Pr.O. erfolgt. Die Berechtigung der Behörden, in dieser Form die körperliche Untersuchung der Dirnen vorzunehmen, ist nicht zu bezweifeln. Aber wenn das Ziel nur ein hygienisches sein soll, so arbeitet dieses System mit ungeheuerlicher Kraftvergeudung und erreicht sein Ziel so unvollkommen wie möglich. Von einer abschreckenden Wirkung eines solchen Gesetzes aber ist nichts zu erwarten. Was erreicht die Existenz des § 361[6] Abs. 2 gegenüber der heimlichen Prostitution? Damit, daß der Gesetzgeber zu der Befriedigung gelangt, einen verschwindenden Bruchteil von Prostituierten innerhalb der gesetzlich anerkannten Normen zur Untersuchung und eventuell zur Behandlung zu bringen, ist für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten so gut wie nichts erreicht.

Dabei tritt nun wachsend, wenn auch keineswegs unbestritten, eine Strömung hervor, die darauf hinaus möchte, daß die Prostitution, d. h. die körperliche Preisgabe gegen Entgelt, an sich nicht strafbar sein solle, sondern daß ein Vorgehen nur da gerechtfertigt wäre, wo die Prostituierte auf andere schädigend wirkt. Nicht mit speziellen Prostitutionsgesetzen und -Bestimmungen, sondern mit allgemeinen Gesetzen möchte man diesen Kampf aufnehmen.

In hygienischer Beziehung scheinen die Voraussetzungen für ein solches Vorgehen recht einfach zu liegen. Ein Sanitätsgesetz, das den Grundsatz vertritt, die Allgemeinheit habe das Recht und die Pflicht, vom einzelnen, soweit er die Gesundheit seiner Mitmenschen schädigen kann, gewisse Garantien zu verlangen, und ihm gegenüber eine Aufsicht auszusprechen, darf an den Geschlechtskranken nicht achtlos vorübergehen. Die Behörde soll sich die Berechtigung dieser Einmischung nicht nur den Prostituierten, sondern allen Geschlechtskranken gegenüber vorbehalten. Nur tut sie, wie die Dinge praktisch liegen, gut daran, im allgemeinen möglichst mit ihrer Einmischung zurückzuhalten, während für jede hygienische Instanz von vornherein das intensivste Interesse bestände, gerade die Prostituierten, und zwar nicht bloß in der Beschränkung auf die Erkrankten, unter ihrer fortlaufenden Kontrolle zu behalten. So wird sich das Bestreben, Sonderbestimmungen für die Prostituierten zu schaffen, immer wieder hervordrängen.

Dasselbe läßt sich aber meines Erachtens unter keinen Umständen aus rein hygienischen Erwägungen heraus begründen. Denn die Prostitution ist weder restlos als ein insalubrer Gewerbebetrieb aufzufassen, noch steht eine fortlaufende Kontrolle der Prostituierten in einfacher Parallele zu beliebigen Quarantänemaßregeln.

Alle Sanitätsgesetze, welche die Geschlechtskrankheiten besonders berücksichtigen, und alle speziellen „Syphilisgesetze“, die vorgeschlagen worden sind, müssen, sobald sie die praktische Ausführbarkeit ins Auge fassen, zu Spezialbestimmungen bezüglich der gewerbsmäßigen Prostitution gelangen und dabei der Polizei, wenn auch vielleicht nur in Form einer sanitätspolizeilichen Instanz, besondere Befugnisse einräumen.

In Deutschland haben besonders Block, Kromayer, Stern mehr oder minder detaillierte Vorschläge zu Gesetzen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gemacht. Immer wieder ergibt sich, daß eine fortlaufende Kontrolle der Prostituierten ohne polizeiliche Hilfe undenkbar bleibt.

Das bestausgearbeitete und am tiefsten durchdachte Projekt einer Zukunftsüberwachung aber verdanken wir Neisser.

Neisser verlangt eine Umwandlung des jetzigen vorwiegend polizeilichen Systems in ein sanitäres; an Stelle der Sittenpolizei hätte als Zentralbehörde eine Sanitätskommission zu treten, der die Ueberwachung der venerischen Krankheiten überhaupt zufiele, insbesondere aber die Ueberwachung der Prostituierten. Diese Kommission solle einen Medizinalbeamten als Vorsitzenden haben, und sich im übrigen aus Richtern und Laien (Schöffen) zusammensetzen.

Die Sanitätskommission soll die ihr zugeführten kranken Personen über die Bedeutung der venerischen Affektionen, über die Notwendigkeit geschlechtlicher Abstinenz, über die straf- und zivilrechtlichen Folgen fortgesetzten Geschlechtsverkehrs belehren und sie verwarnen.

Eine derartige durch Unterschrift anzuerkennende Belehrung ermöglicht es auch, kranke Personen, die den Geschlechtsverkehr fortsetzen, strafrechtlich zu belangen.

Zweitens soll die Kommission ärztliche Ueberwachung und Behandlung anordnen. Dabei erfolgt die Aushändigung einer Erkennungskarte. Diese Karten dienen zur Feststellung, ob die ärztlich angeordneten Maßregeln der Untersuchung und Behandlung regelmäßig ausgeführt werden.



Alle vorgeführten Personen werden, soweit nicht bereits durch vorausgegangene Untersuchung eine Geschlechtskrankheit festgestellt ist, ärztlich untersucht. Diese Untersuchung kann durch jeden beliebigen männlichen oder weiblichen Arzt aus der Reihe der bei der Sanitätskommission tätigen Aerzte je nach Wunsch der einzelnen stattfinden. Wird die betreffende Person krank befunden, so wird sie, wenn nicht die besonderen Umstände eine sofortige Unterbringung in einem Krankenhause erfordern, der ärztlichen Ueberwachung und Behandlung überwiesen, und es wird ihr eine Karte ausgehändigt. Ist sie noch gesund, so wird es von den Erhebungen über die Lebensweise der betreffenden Person abhängen, ob sie auch ohne Erkrankung einer sanitären Ueberwachung überwiesen wird oder nicht. Man wird dann von einer Ueberwachung absehen, wenn nach keiner Richtung hin sich Beweise dafür erbringen lassen, daß ein häufiger prostitutionsartiger Geschlechtsverkehr seitens der Betreffenden gepflegt wird.

Neisser geht genauer darauf ein, wie sich diese Untersuchung und Behandlung zu gestalten habe. Er verlangt, daß die Sanitätskommission sich zugleich als Zentralstelle für das Rettungswerk Prostituierter betätige. Er verlangt, was auch ohne weiteres gutzuheißen ist, daß alle der Prostitution verfallenen weiblichen Minderjährigen nach den Vorschriften des Fürsorgegesetzes vom 2. Juli 1900 zu behandeln seien; sie sollen jedoch bis zum Eintritt der richterlich angeordneten Zwangserziehung der *sanitären* Aufsicht der Sanitätskommission bezw. der Polizei unterstellt bleiben.

Für Personen, die Geschlechtsverkehr in gewerbsmäßiger Weise treiben, sollen unter Aufhebung des § 180 des Strafgesetzbuches polizeiliche Wohnungsbestimmungen getroffen werden. Neisser tritt dabei für eine fakultative Bordellierung und die Einrichtung von Absteigehäusern ein.

Wenn eine Person (männlichen oder weiblichen Geschlechts) sich wiederholter Uebertretungen der sanitär erforderlichen und ihr eindringlich eingeschärften Maßregeln schuldig macht oder wenn wahre Gewerbsprostituierte in rückfälliger und renitenter Weise den Bestimmungen über den Gewerbebetrieb zuwiderhandeln, oder wenn sie groben Straßenunfug und Provokation treiben und vom ordentlichen Richter auf Anklage der Polizei bestraft werden sollen, so haben diese Bestrafungen in langdauernden schweren und empfindlichen Freiheitsstrafen und im Wiederholungsfalle in Stellung unter Polizeiaufsicht zu bestehen. Das System der kurzen Freiheitsstrafen ist verwerflich.

Alte unverbesserliche und trotz andauernder Unheilbarkeit ihr Gewerbe fortsetzende Prostituierte sind dauernd oder auf unbestimmte Zeit in Asylen und Arbeitshäusern unterzubringen.

Vom Richter unter Polizeiaufsicht gestellte Prostituierte können strengeren Bestimmungen mit Bezug sowohl auf sanitäre Aufsicht wie auf das Wohnen und den Gewerbebetrieb unterworfen werden.

Dem System sollen Personen dadurch unterstellt werden, daß der Sanitätskommission sowohl von der Polizei wie auch in besonderen Fällen von Aerzten alle wegen gemeingefährlichen Verhaltens mit Bezug auf ihre venerische Erkrankung oder ihren geschlechtlichen Verkehr verdächtigen Personen zu melden und durch besondere Beamte vorzuführen sind.

Der Polizei soll allerdings die Berechtigung und sogar die Verpflichtung vorbehalten werden, den geheimen Prostituierten nachzu-

spüren, um sie der Kommission zu melden und vorzuführen. Verhaftungen dürfen jedoch nur stattfinden, wenn auch sonstige vom Prostitutionsverdacht unabhängige Umstände vorliegen, die eine Verhaftung rechtfertigen.

§ 361[6] Abs. 2 des R.St.G.B. ist aufzuheben.

Neisser verlangt ebenso wie Lesser, daß alle Kosten der Ueberwachung und Behandlung aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten seien.

Für die Durchführung der sanitären Ueberwachung durch die Aerzte, die Art und Häufigkeit der Untersuchungen wären die wissenschaftlichen Grundsätze zu befolgen, die oben ausführlich behandelt wurden. Alles spitzt sich hier auf die Verbesserung der Gonorrhöekontrolle zu. Neisser empfiehlt dabei als notwendig ein Regulativ für alle Untersuchungsärzte, das auch für die Behandlung möglichst einheitliche Grundsätze aufstellt.

Die Karte, die den Ueberwachten als Legitimation dienen soll und die auch freiwillig sich meldenden Personen ausgehändigt werden dürfte, hätte nach Form und Inhalt den früher diskutierten Voraussetzungen gerecht zu werden.

Was soll nun aber nach Neissers Ansicht geschehen, wenn die der Ueberwachung unterstellten Personen sich den ärztlichen Anordnungen nicht fügen oder sich ihnen entziehen?

Personen, die der rein ärztlichen Ueberwachung unterstellt waren, sollen mit möglichster Ausschaltung von Polizeiorganen ermahnt werden, wenn sie die Untersuchungstermine versäumen. Speziell weibliche Beamte sollen diese Funktion erfüllen.

Erst wenn derartige Ermahnungen und Verwarnungen, welche ärztlicherseits mit oder ohne Mitwirkung der Sanitätskommission ausgeübt werden sollen, nicht zum Ziele führen und wenn der Sanitätskommission genügende Anhaltspunkte gegeben sind, daß solche Personen entgegen den gegebenen Anweisungen durch die Art und Weise und Häufigkeit ihres Geschlechtsverkehrs gemeingefährlich sind, hat sie alle solche Personen der Polizeibehörde zu übergeben. Aber diese entscheidet nicht selbständig über weiteres Vorgehen, sondern hat nur die Berechtigung, entsprechend den Vorschriften des Gesetzes vor dem ordentlichen Richter Anklage auf Bestrafung und eventuell Stellung unter Polizeiaufsicht zu erheben.

Wenn sich aber Personen, die bereits unter Polizeiaufsicht stehen, dieser entziehen, so solle nötigenfalls lange Gefängnisstrafe oder besser noch die Ueberweisung in Besserungsanstalten stattfinden.

Neissers System besitzt sicherlich im Vergleich zur jetzigen Prostituiertenüberwachung viele Vorzüge; es stellt das gerechtere und humanere System dar. Mit Freuden ist zu begrüßen, daß es unnötigen Zwang nach Möglichkeit vermeiden will und die Ausschaltung polizeilicher Willkür anstrebt. Ob allerdings die gewünschte Ueberwachung der jetzt geheim betriebenen Prostitution in irgend welchem nennenswerten Umfang erreicht werden könnte, bleibt mir bei Neissers Vorschlägen ebenso zweifelhaft wie bei denjenigen Lessers und zwar aus denselben Gründen. Die zutreibende Rolle wird auch bei Neissers System im wesentlichen der Polizei vorbehalten bleiben; ob eine denunzierende Mitwirkung der Aerzte wünschenswert sei, mag diskutiert werden, jedenfalls aber wird sie praktisch ihrem Umfange nach nicht ins Gewicht fallen. In dem Maße, in dem der Aerzteschaft über ihre eigentlichen Aufgaben hinaus polizeiliche Funktionen zuerkannt

würden, wäre übrigens ein Weg betreten, der mancherlei Bedenken selbst innerhalb der Aerzteschaft begegnen müßte. Auf keinen Fall wäre auch für die Ausübung der Kontrolle die polizeiliche Mitwirkung zu entbehren, nur daß dann, wenn der Ruf nach der Polizei laut werden müßte, der ganze Ueberwachungsapparat umständlicher und schwerfälliger arbeitete.

Was die Ausführung der Ueberwachung betrifft, so werden schon bei LESSERS Vorschlägen Konzessionen an eine ambulatorische Behandlung gemacht, die ihrem Umfange nach Bedenken erwecken müssen, wenn jene Ueberwachung die Ansteckungsmöglichkeiten nicht übersehen will, die von den kranken Dirnen auszugehen drohen. Schafft man spezielle Prostituiertenpolikliniken, so werden diese sicherlich nicht freiwillig aufgesucht, sondern nur von solchen, die polizeilich oder sanitätspolizeilich dorthin verwiesen wurden. Wiederum spricht das Moment herein, daß die Hilfesuchende schon durch die bloße Inanspruchnahme einer derartigen Institution sich selbst als Prostituierte dokumentiert. Oeffnet man aber die allgemeinen Polikliniken, so werden in dem Maße, in dem diese Einrichtungen von der gewerbsmäßigen Prostitution benutzt würden, die sich dort nicht nur behandeln ließen, sondern zugleich ihren „Gewerbeschein“ ausgestellt bekämen, andere Frauen zurückgeschreckt.

Gewiß soll die Benutzung freier Polikliniken durch Prostituierte, die sich dort ärztliche Hilfe suchen, nicht gehindert werden. Nur glaube ich — im Gegensatze zu BLASCHKO — nicht, daß diese freie Behandlungsmöglichkeit, die keine weitere Ueberwachung bedeutete, gerade von Prostituierten in wünschenswertem und wirksamem Umfange benutzt würden. Entscheiden kann allerdings nur der praktische Versuch. Was in dieser Richtung an Ergebnissen vorliegt, speziell aus den skandinavischen Ländern, klingt mir keineswegs ermutigend.

Wir müssen an dem Satze festhalten: Gerade bei der gewerbsmäßigen Prostituierten wird einzig und allein durch die Behandlung der geschlechtlichen Affektionen, *wegen deren sie selbst spontan die ärztliche Hilfe sucht*, und durch die Freiheit, die man jenen Personen einräumt, die Behandlungsmöglichkeiten in einem ihnen gutdünkenden Umfange zu benutzen, so wenig gegen die Weiterverbreitung der venerischen Erkrankungen erreicht, daß es vom hygienischen Standpunkt aus verfehlt wäre, sich mit jenen Hilfsmöglichkeiten zu begnügen.

Ich komme an dieser Stelle auf KAMPFFMEYERS Vorschläge zurück, der sich von einer sanitären Wohnungskontrolle der Prostituierten verspricht, daß sie die gesundheitsgefährliche Tätigkeit der Prostituierten in die denkbar engsten Schranken bannen werde. Durch eine Ausdehnung der Krankenversicherung auf alle Personen mit einem Einkommen bis zu 2000 M. sollen auch die öffentlichen Mädchen und namentlich die gefährlichen geheimen Prostituierten und Gelegenheitsprostituierten der Krankenversicherung eingegliedert und einer sanitären Wohnungskontrolle unterworfen werden. Damit werde erreicht, was keiner Reglementierung bis jetzt gelungen sei: die wirkliche Heilung zahlreicher erkrankter Prostituierter.

Nun beschränken sich Rechte und Pflichten der organisierten Kassen darauf, daß sie den Mitgliedern, welche die Behandlung nachsuchen, die nötige Hilfe gewähren müssen, und daß sie diejenigen, welche sich den Anordnungen der Kasse nicht fügen, von den Kassenvergünsti-

gungen ausschließen können. Kranke Prostituierte werden sich von selbst nur unter sehr beschränkten Voraussetzungen zur Behandlung melden. Die sanitäre Wohnungskontrolle, wie sie KAMPFFMEYER wünscht, würde bei solchen Kranken, solange sie der Behandlung unterstehen, ja wohl innerhalb bescheidener Grenzen darüber wachen können, daß Garantien gegen eine Weiterverbreitung der Krankheiten geboten würden. Unter keinen Umständen aber möchte man der Kasse als solcher die Möglichkeit einräumen, kranke Elemente, die ihre Hilfe nicht beanspruchen, faktisch zur Behandlung zu zwingen, oder gar — was eben für die Prostituierten in Frage käme — sich durch regelmäßige Untersuchungen ihrer weiblichen Mitglieder, die ihnen nicht als geschlechtskrank bekannt sind, sich von ihrem sexuellen Gesundheitszustand zu überzeugen und gegebenen Falls zwangsweise einzugreifen.

Auch die Kassenorganisation bietet nur beschränkte Hilfsmöglichkeiten zur Assanierung der Prostitution.

Es wird so begreiflich, daß die alte Reglementierung der Prostituierten noch Anhänger besitzt, die zwar die Fehler und Schwächen des Systems nicht übersehen, aber das Bestehende nicht aufgeben möchten, weil sie ihm immer noch einen gewissen Nutzen zusprechen, und weil sie glauben, daß alle möglichen Ersatzmittel noch weniger greifbare Resultate liefern würden. Der polizeiärztliche Standpunkt STRÖHMBERGS ist gewiß beachtenswert, der hervorhebt, es macht einen höchst peinlichen Eindruck, wenn der Arzt bei der Behandlung der Prostitutionsfrage mit einem Atemzuge die Polizei verscheucht, ihr alle Mißerfolge zuschreibend, um mit dem nächsten Atemzuge ihre Hilfe zu beanspruchen. Dem Bestreben, die ärztliche Ueberwachung der Prostitution aus ihrer Sonderstellung herauszunehmen, steht die Ueberlegung entgegen, daß gerade das, was diese Ueberwachung will, über die Maßregeln hinausgehe, die sich im allgemeinen für die Ueberwachung und Behandlung der Geschlechtskranken festlegen lassen.

Es bleibt aber auch begreiflich, daß prinzipielle Gegner der Reglementierung sich selbst durch die geschilderten Vorschläge NEISSERS nicht bekehren lassen, die in ihren Augen nur das alte System im neueren Gewande darstellen.

Nun existiert ja allerdings ein dominierendes gemeinsames Arbeitsgebiet für Reglementaristen wie Ueberwachungsgegner.

Wichtiger als alle Prostituiertenüberwachung bleibt der Versuch der Einengung der Prostitution. „Wenn es gelingt, das Volk konsumfähiger zu machen, seinen standard of life dauernd zu heben und dadurch das durchschnittliche Heiratsalter herabzusetzen, die wirtschaftliche Stellung der Frau zu bessern und damit auch eine höhere Wertschätzung des Weibes zu ermöglichen, so ist die Hauptsache getan. Ein wirksamer Arbeiter- und Arbeiterinnenschutz, die Gewährung freien Koalitionsrechtes, Schutz der illegitimen Kinder, die Schaffung besserer Wohnungen für Verheiratete und Unverheiratete, die Bekämpfung des Alkoholismus, die Veredelung der Volkssitten durch Verkürzung der Arbeitszeit und Verlängerung und Veredelung der Mußestunden, die Gründung von Lesehallen, von Volksbühnen, die Begünstigung des körperlichen Sports, diese und Tausende von ähnlichen Maßnahmen, welche geeignet sind, das materielle und ethische Niveau des Volkslebens in gleicher Weise zu heben, sie sind im stande, das Bedürfnis und das Angebot der Prostitution herabzumindern“ (BLASCHKO).

Aber alle Bestrebungen zur Einschränkung der Prostitution können nicht darüber hinwegsehen lassen, daß die Prostitution als existierende Erscheinung von der Gesellschaft berücksichtigt werden muß. Solange die Reglementierungsgegner in ihren Zielen soweit auseinandergehen, daß die eine Gruppe die härteste strafrechtliche Verfolgung, die andere dagegen die Freiheit der Prostitution verlangt, verdankt die Reglementierung ihren Fortbestand vielleicht nur dieser Uneinigkeit ihrer Angreifer. Vielleicht aber hilft die Zukunft einer Auffassung zur Herrschaft, die nicht nur irgend eine Form der Reglementierung verdammt, sondern auch wirksamere Ersatzvorschläge in die Tat umzusetzen vermag.

Die Prostituierte.

Jeder Vorschlag einer Ueberwachung von Prostituierten kann nur dann vor dem Gewissen eines modernen und vorwärtsstrebenden Volkes bestehen und zugleich auf praktische Erfolge rechnen, wenn er der Persönlichkeit der Prostituierten gerecht wird. Das gilt in erweiterter Form gleichartig für alle Maßnahmen, die sich auf die Prostitution erstrecken, und wenn praktisch ein Verfahren, das den Dirnen alle Möglichkeiten einer hygienischen Kontrolle bieten will, aber sich der Zwangs- und Machtmittel entäußert, ebensowenig vorwärts bringen kann wie ein entgegengesetztes, auf Unterdrückung der Prostitution gerichtetes Verfahren, wenn es mit den härtesten Strafen und einer Häufung von Zwang doch nur erreicht, daß ein geringer Bruchteil der Dirnen die Gefängnisse bevölkert, ohne daß damit die Prostitution als solche irgendwie wesentlich beschränkt würde, so muß man sich fragen: Welche Repression soll und darf überhaupt die Allgemeinheit den Prostituierten gegenüber anwenden? Ein Ausblick auf das Verbrechertum liegt dabei um so näher, als es sich keineswegs bloß um entfernte Analogien handelt.

Zwei Reihen von Bedingungen gelten, durch die ein Weib zur Prostituierten wird, die der sozialen Voraussetzungen und diejenigen einer individuellen Veranlagung. Die Macht der sozialen Mißlichkeiten, die das Weib der Prostitution zuführen, drängt sich uns mit so brutaler Gewalt vor die Augen, daß jene Theorie, die eine angeborene Veranlagung zur Prostitution gelten lassen will, LOMBROSOS Hypothese von der geborenen Prostituierten, bei uns kaum Verfechter und von Anfang an fast allseitig die schärfste Ablehnung gefunden hat.

Diese Zurückweisung, möchte sie auch noch so berechtigt sein, hätte aber eine gründliche und vertiefte Nachprüfung des Tatsachenmaterials nicht verhindern dürfen, auf das sich LOMBROSOS Theorie stützt, und das seiner Schule den Beweis liefern sollte, daß die Prostituierten aller Völker und Länder zu einer großen Gruppe lasterhafter Weiber vereinigt sind, die zugleich in direkte unmittelbare Beziehung zu den Verbrechern einerseits, zu Nervenkranken andererseits gestellt werden könnten. Solche Personen müßten notwendigerweise den unvertilgbaren Grundstock der Prostitution liefern, der sie unabhängig von äußeren Bedingungen kraft angeborener Lasterhaftigkeit anheimfielen.

Von einer Verwertung der anthropometrischen Messungen und biologisch-physiologischen Untersuchungen an Prostituierten, soweit sie Reflexe, Muskelkraft, Sensibilität, Gesichtsfeld, Stimme, Schrift u. s. w. betreffen, muß abgesehen werden. Sie können ebensowenig zur Aufstellung eines allgemeinen Prostituiertentypus verhelfen wie zur Festlegung des Verbrechertypus, wenn sie auch für manche Fälle übereinstimmende Abweichungen gegenüber einer Norm aufdecken mögen. Schon Parent-Duchatelet hat übrigens interessante Daten über Wuchs, Haarfarbe, Färbung der Augen u. dergl. mehr bei den Pariser Prostituierten geliefert. Er hebt als vielen älteren Prostituierten gemeinsam eine auffällige Korpulenz hervor, die er aber nicht als anthropologisches Degenerationszeichen, sondern einfach als Folge eines „animalischen" Lebens auffaßt, das sich um die Zukunft keine Sorgen macht, und bei dem die überreiche Ernährung bei körperlicher Inaktivität die wesentliche Rolle spielt. Die Aenderung der Prostituiertenstimme, die spätere Autoren (Masini) auf einen angeborenen vicilen Bau des Kehlkopfs zurückführen wollten, ist nach Parent-Duchatelet vor allem mit dem Alkoholismus und den Witterungseinflüssen, denen sich die Dirnen auf der Straße aussetzen, vielleicht auch mit überstandener Syphilis in Verbindung zu bringen.

Das systematische Suchen nach „Degenerationszeichen", die nach Lombroso und Ferrero bei Prostituierten weit häufiger als selbst bei Verbrecherinnen vorkommen, hat wohl ergeben, daß sich unter den Dirnen eine ganze Anzahl körperlich gezeichneter Individuen finden; Deduktionen für den Einzelfall sind aber aus den Gesamtresultaten nicht möglich: es scheint zudem, daß in jener Richtung unter den Dirnen verschiedener Länder Differenzen bestehen.

Sehr genaue Untersuchungen stammen von Frau P. Tarnowsky, welche aus den Insassinnen des Petersburger Kalinkin-Hospitals 150 Prostituierte untersuchte, die mindestens 3 Jahre als Bordelldirnen tätig gewesen. Diese ergaben in ihren Durchschnittswerten im Vergleich zu städtischen intelligenten Weibern und zu Landarbeiterinnen: geringere Maße der wesentlichen Schädeldurchmesser (Diameter antero-posterior und Diam. transversus maximus), dagegen höhere Zahlen für die Dimensionen der Gesichtsteile. Dazu fanden sich häufig Abnormitäten der Schädelentwickelung wie andere Degenerationszeichen (Abnormitäten der Gaumenbildung, Anomalien der Zähne wie ihrer Stellung, der Ohren, der Extremitäten, Gesichtsasymmetrie u. s. w.).

Im ganzen gelang bei 82,6 Proz. der untersuchten Weiber der Nachweis von mindestens 2 solcher Degenerationszeichen, bei den vergleichsweise herangezogenen städtischen Weibern in 2 Proz., den Landarbeiterinnen in 14 Proz.

Aehnliche Resultate fand Lombroso, von denen besonders zu nennen ist, daß er bei Prostituierten Schädel von ganz besonders niedriger Kapazität sah. Sehr ausgedehnte weitere anthropometrische Untersuchungen, die speziell Lombroso und Ferrero wiedergeben, haben bei Anhäufung eines sehr beträchtlichen Zahlenmaterials doch keine verwertbaren Resultate geliefert.

Ebenso ergaben sich Differenzen für andere Degenerationszeichen. Ferrero findet Muttermale (Naevi) bei 41 Proz. der von ihm untersuchten Prostituierten, Guerrieri dagegen nur bei 8 Proz.

P. TARNOWSKY fand bei russischen Prostituierten Gaumenspalte in 12 Proz. der Fälle, FERRERO begegnete diesem Defekt bei italienischen Prostituierten überhaupt nicht.

Auf Besonderheiten im Bereich der Sexualsphäre ist begreiflicherweise bei Prostituierten sehr häufig geachtet worden. Auffällige angeborene Eigentümlichkeiten an den Genitalien finden sich bei Prostituierten nur als große Seltenheit. Abnormitäten der Behaarung der Schamgegend, die FERRERO bei 15 Proz. der Prostituierten und nur bei 5 Proz. der normalen Weiber gefunden haben will, oder eine Hypertrophie der Labia majora, die des öfteren hervorgehoben wird, lassen keinerlei für uns verwertbare Schlüsse zu. Von irgendwelchen charakteristischen Veränderungen, die sich etwa allmählich an den Genitalien der Prostituierten einstellten, ist nichts bekannt. Verwiesen sei auf die sorgfältigen Untersuchungen von BERGH über diesen Gegenstand.

Die Menstruationsstörungen vieler Prostituierten, die schon die älteren Aerzte hervorgehoben haben, sind wohl am besten in Zusammenhang mit Erkrankungen der inneren Genitalien zu bringen, deren Bedeutung ja auch für das Erlöschen der Nachkommenschaft vor allem ins Gewicht fällt.

Einen verfrühten Eintritt der Menstruation konstatierten LOMBROSO und FERRERO in 16 Proz., eine Verspätung dagegen in 9 Proz. ihres Beobachtungsmateriales.

P. TARNOWSKI findet bei russischen Prostituierten ebenfalls eine relativ vorzeitige Entwickelung.

Es besteht keineswegs die Berechtigung, bei Prostituierten von einem typisch frühzeitigen Eintritt ins Menstruationsalter zu sprechen oder nun gar aus solchen Daten auf eine anormal frühe Entwickelung der sexuellen Sensibilität bei solchen Mädchen zu schließen. Wichtigere Hinweise wollte man dem Deflorationsalter entnehmen. Den früher schon angeführten Daten seien hier als Beispiel noch die Erhebungen von P. TARNOWSKI nachgetragen, wonach von 150 Prostituierten 65 vor dem 16. Jahre, 32 vor dem 15. Lebensjahre defloriert waren. Dabei wird nun allerdings, ganz abgesehen von den Differenzen verschiedener Länder, zu berücksichtigen sein, wieweit die Prostituierte einem Milieu entstammt, in dem die weibliche Keuschheit an sich nicht allzu hoch eingeschätzt wird und in dem sehr frühzeitiger geschlechtlicher Verkehr der Mädchen keineswegs als Ausnahme gilt. Ganz allgemein ist in ländlichen Distrikten der Durchschnitt des Deflorationsalters wesentlich niedriger als bei der städtischen Bevölkerung, eine Tatsache, die ja auch bis zu einem gewissen Grade in der Höhe der außerehelichen Geburten und dem Alter dieser unverheirateten Mütter ihren Ausdruck findet. Wird aber das Landmädchen, das in Anschauungen aufwuchs, die den frühzeitigen Geschlechtsverkehr an sich keineswegs verdammen, in eine bedenkliche städtische Umgebung versetzt, so kann sie dort der Prostitution um so leichter verfallen, als schlechter moralischer und wirtschaftlicher Schutz die Unerfahrenen einer rücksichtslosen sexuellen Nachfrage ausliefern; ein besonders lebhaftes geschlechtliches Bedürfnis des Mädchens braucht dabei keineswegs mitzuwirken. Daß Frühreife und der Verlust der Jungfernschaft allemal den Eintritt in die Prostitution begünstigen, ist allerdings selbstverständlich. Aber die Ueberzahl der Landmädchen, die frühzeitig in den Städten zu Prostituierten werden, hat zunächst keineswegs

die Prostitution gesucht, sondern wurde ihr dadurch zugeführt, daß die Nachfrage nach der Prostitution sich die Unerfahrenheit jener Mädchen zu nutze macht. Es erscheint schließlich auch nicht verwunderlich, wenn solche Personen, einmal aus ihren ländlichen Voraussetzungen herausgerissen und in das städtische Milieu versetzt, nicht langsam zur Prostitution herabsinken, sondern rasch in ihr untergehen.

Der Hinweis, daß unter den Prostituierten der großen Städte die Mädchen ländlicher Herkunft immer mehr gegenüber den eingeborenen städtischen Elementen überwiegen, braucht hier kaum wiederholt zu werden. Für Berlin liegen die interessanten Vergleichsdaten vor, daß unter den neu inskribierten Prostituierten 1855: 81,4 Proz. geborene Berlinerinnen sich fanden, 1875 noch 44,5 Proz., 1898 nach Blaschko höchstens noch 25 Proz.

Dieses Zurücktreten der eingeborenen städtischen Elemente wäre aber keineswegs im Sinne einer steigenden sexuellen Sittlichkeit dieser Persönlichkeiten aufzufassen; es deutet vor allem nur darauf hin, daß die großstädtische Proletarierin, die in die Prostitution gerät, sich mit größerer Geschicklichkeit und Raffiniertheit der Polizei zu entziehen versteht; es gelingt ihr eher, unauffällig und ohne Konflikte mit der öffentlichen Ordnung ihr Gewerbe zu verfolgen.

Von den Prostituierten Stockholms waren nach den Beobachtungen der Jahre 1859—1884 nur 22,7 Proz. in der Stadt selbst geboren. Von den übrigen waren, soweit den Angaben zu trauen ist, nur 15,3 Proz. schon auf dem Lande defloriert worden, 63,3 Proz. waren erst in der Stadt zum Geschlechtsverkehr gekommen. 22,5 Proz. dieser Mädchen wurden schon im Jahre ihrer Ankunft in Stockholm inskribiert. Es mag auffallen, daß von 2541 Dirnen 444 = 16,3 Proz. angeblich schon im Deflorationsjahre und 479 = 18,8 Proz. vor Ablauf des 2. Jahres nach der Defloration der Einschreibung verfielen.

Was jene städtischen Elemente betrifft, die ebenfalls sehr frühzeitig in die gewerbsmäßige Prostitution eintreten, so braucht auch bei ihnen keineswegs die persönliche sexuelle Frühreife eine besondere Rolle zu spielen. Ebenso gut wie die hemmenden häuslichen Einflüsse dieser Sexualität entgegenarbeiten könnten, sind es umgekehrt gerade bei jenen städtischen Kandidatinnen der Prostitution vor allem der Wegfall der wichtigsten erzieherischen Momente, die Verwahrlosung, die schädlichen Eindrücke, das Herandrängen unsauberer Interessen, die zum Falle führen.

Berücksichtigt man das soziale Milieu und die Entwickelung, die solche Mädchen ohne eigene Verschuldung durchmachen, so möchte man den Eintritt in die Prostitution als beinahe unvermeidlich für sie betrachten. Man braucht auf keine tiefere pathologische Disposition und speziell nicht auf eine besondere Intensität der geschlechtlichen Veranlagung zu rekurrieren, wenn Mädchen in der Zeit der physiologischen Entwickelung des Sexualtriebes bei mangelndem sozialen Schutze der Prostitution entgegengeführt werden; denn gerade in dieser Lebensphase werden jene Geschöpfe ins Erwerbsleben hinausgestoßen, die Genußsucht, der Nachahmungstrieb wird geweckt; Intelligenz und ethische Hemmungen vermögen die Macht der Affekte noch nicht zu besiegen und man hat jene Mädchen zudem nicht daran gewöhnt, in der Prostituierten ein verächtliches Geschöpf zu erblicken; vielfach ist sie ihnen im Gegenteil eine glänzendere Erscheinung, die mühelos ein freudenreiches Dasein führt; dieser gleich zu tun gilt ihnen nicht als Schande.

Von Interesse ist, daß den meisten Prostituierten eine gesteigerte Sexualität abgesprochen wird. „Fälle von sehr starkem Geschlechtstriebe sind bei gewerbsmäßigen Prostituierten seltene Ausnahmen: sie sind häufiger geschlechtlich frühreif als lüstern und die Frühreife zeigt sich mehr in Lastern als in erotischer Leidenschaft.“

Eine gesteigerte Sexualität will man wesentlich nur bei solchen Prostituierten gefunden haben, die sonst noch ausgesprochene Zeichen abnormer Psyche darbieten.

Ueber die Häufigkeit der sexuellen Perversitäten bei den Prostituierten ist kaum ein annäherndes Urteil zu gewinnen. Parent-Duchatelet meinte, daß sie sich bei allen alten Prostituierten fänden. Lombroso und Ferrero fanden unter 103 Prostituierten 5 Tribaden. Moll schätzt die Zahl der Tribaden unter den Berliner Prostituierten auf 25 Proz. ein.

Daß der Aufenthalt in Gefängnissen und Bordellen, wie ein allmählich sich steigernder Ekel am Manne und schließlich die perversen Ansprüche mancher Kunden die Prostituierte perversen Praktiken zuführen, scheint wohl begreiflich. Parent-Duchatelet hat übrigens die Tribadie bei einzellebenden Prostituierten nicht seltener gefunden als bei Bordelldirnen.

Für die Auffassung der Prostituierten als einer psychisch abnormen Persönlichkeit führt Lombroso die eigenartigen Charaktere an, die er als typisch für die Prostituierte betrachtet.

Ohne weiteres gelingt es auch einen Prostituiertentypus zu schildern, den uns Parent-Duchatelet eingehend und mit Meisterschaft beschrieb und der auf einen gewissen Durchschnitt der modernen gewerbsmäßigen Prostituierten allgemeine Anwendung finden kann; hier die hervorstechendsten Züge dieser widerspruchsvollen Persönlichkeit:

Weiber mit intensivem Drang nach Freiheit und Ungebundenheit, dabei von unbegreiflicher Anhänglichkeit an den Zuhälter, leichtsinnig ohne Vorbedacht, sorglos und gleichgültig, was die Zukunft bringen kann, naschhaft, gefräßig, trunksüchtig, jede Arbeit scheuend, habgierig und verschwenderisch, eitel und dabei schmutzig bis zum Exzeß, durch und durch verlogen, oft mit einer äußerlich zur Schau getragenen Religiosität, fanatisch und abergläubig, jähzornig und Anfällen von Gutmütigkeit unterworfen, vollkommen gleichgültig ihren eigenen geschlechtlichen Erkrankungen gegenüber, skrupellos, dieselben auf andere zu übertragen. So stehen diese Weiber zusammen da als eine eigene Kaste mit besonderen Sitten und Gewohnheiten, ausgestattet mit einem hervorragenden Korpsgeist, unter einander hilfreich in Zeiten der Not, ein eigenes Rotwälsch sprechend.

Aber schon Parent-Duchatelet hebt hervor, daß gegenüber einer Konstanz in den Grundzügen der Prostituierten doch je nach zeitlichen Voraussetzungen selbst an ein und demselben Orte Aenderungen in ihren Gewohnheiten, Sitten und Fehlern bemerkbar seien, so daß beispielsweise gewisse Delikte, die zu einer bestimmten Zeit sich bei ihnen häuften, zu anderen Zeiten fast völlig fehlten. Gesellschaftliche Zustände wie die allgemeinen Sitten beeinflußten auch die Sitten der Prostituierten, und es kann nicht zweifelhaft sein, daß gemeinsame Züge, die sich an den Prostituierten finden, die Frucht äußerlicher Einwirkungen sein müssen, die jene Weiber zu einer Kaste zusammenzwingen. Will man die Schamlosigkeit als den Grundzug der Prostituierten hinstellen, so wird man sich nicht an die Analyse

einer mitten in der Prostitution stehenden Persönlichkeit halten dürfen, bei der die ganze Lebensweise, ihr Gewerbe, das Beispiel ihrer Umgebung die Schamhaftigkeit ertötet haben müssen.

Die Elemente, die uns als geborene Prostituierte geschildert werden, sind — wenn überhaupt — nur auf Grund einer wesentlich feineren Analyse herauszulesen. Nach LOMBROSOS Definition stellt die geborene Prostituierte ein Weib dar ohne Muttergefühl, ohne Liebe zu ihren Angehörigen, skrupellos nur auf die Befriedigung ihrer Gelüste bedacht, zugleich als Verbrecherin auf dem Gebiete der kleinen Kriminalität tätig, und es wäre vor allem Sache des Psychiaters, zu diesem Standpunkte Stellung zu nehmen. Wir finden aber erstaunlich wenig gesammeltes Material, speziell bei uns in Deutschland.

Die meisten Feststellungen abnormer Psyche bei Prostituierten bewegen sich nach der Richtung der „moral insanity", der „ethischen Idiotie". Aber das Studium des Gemütslebens, der Affekte, des sittlichen Empfindens der Prostituierten ist überwiegend von unwissenschaftlichem Standpunkte aus und meist nicht ohne Voreingenommenheit in Angriff genommen worden. Manche krasse Widersprüche in der Beurteilung der Prostituierten wären sonst gar nicht möglich. Dazu fehlt es meist an Zeit und Gelegenheit, an jenes Studium von sachverständiger Seite aus heranzutreten. Der Psychiater hat nur sehr beschränkt Gelegenheit, sich mit dem Studium der Prostituierten zu befassen; die Quote von Dirnen, die ihm direkt zugeführt wird, stellt eine Auswahl pathologischer Individuen, Simulantinnen u. s. w. dar. Der ärztlichen Tätigkeit bei der Prostituiertenkontrolle fehlen die Voraussetzungen für ein genaueres Eingehen auf die psychische Analyse der Dirnen; den Aerzten auf den Prostituiertenabteilungen der Krankenhäuser mangelt es meist an Zeit und vielfach auch an der speziellen Schulung und der Geduld des Psychiaters, obwohl vielleicht gerade im Krankenhaus die beste Gelegenheit zu einer sachlichen Beobachtung wäre. Die Schwierigkeiten sind allerdings viel größer als es zunächst scheinen möchte; bei vielen Prostituierten stößt man auf eine grenzenlose Lügenhaftigkeit; und wie die Prostituierte sich gewöhnt hat, ihren Klienten gegenüber sich zu verstellen, zumal wenn es gilt, Mitleid und Teilnahme an ihrem Lose zu erwecken, so sucht sie auch gerne und oft mit Geschick humanitären Bestrebungen gegenüber wie vor dem Polizeibeamten und nicht in letzter Linie auch dem Arzte gegenüber eine schauspielerische Rolle durchzuführen, oft genug nicht aus einer pathologischen, zwingenden Lügenhaftigkeit heraus, sondern in der Meinung, daß dies Verhalten ihr irgend welchen Vorteil bringen könnte. Dieses geschäftliche Interesse bedingt auch, daß die Prostituierten keineswegs, wie manchmal angenommen wird, generell unbotmäßige und widerspenstige Patientinnen im Krankenhause darstellen; viele legen gerade dem Arzte gegenüber eine fast übertriebene Folgsamkeit an den Tag, solange sie glauben, daß das bessere Betragen ihnen die frühere Entlassung sichern könne.

Jeder genaueren ärztlichen Beobachtung, die versucht, die psychischen Qualitäten der einzelnen Prostituierten zu studieren, muß es aber auffallen, daß unter jenen Personen eine große Menge von Individuen mit ethischen Defekten und einer oft erschreckenden Zügellosigkeit der Affekte sich findet. Die Grenze des Pathologischen ist allerdings nicht zu ziehen; Verallgemeinerungen aus einzelnen krassen Fällen sind nicht zulässig.

Auf keinen Fall aber gelingt es, eine oder die andere Eigenschaft als charakteristisch für die Prostituierte herauszulesen.

Verhältnismäßig am leichtesten müßte es sein, ein umfassenderes Urteil über Intelligenzstörungen bei Prostituierten zu gewinnen. Als nächster Maßstab ist der Bildungsgrad der Dirnen gewählt worden.

Parent-Duchatelet teilte mit, daß von 4470 in Paris geborenen und erzogenen Prostituierten 2332 ihren Namen nicht schreiben konnten; 1780 schrieben ihn schlecht.

In Rußland wurde 1889 festgestellt, daß 77,6 Proz. der in den Bordellen lebenden und 79,6 Proz. der einzellebenden Dirnen weder lesen noch schreiben konnten.

Aber über die Bildungsfähigkeit solcher Individuen ist damit noch nichts ausgesagt; denn es müßte festgestellt werden, wie weit jene Personen hinter der ganzen Schulerziehung ihres Milieus zurückgeblieben sind. Ein schlagendes Beispiel liefert Frankreich, wo mit der veränderten und strengeren Schulgesetzgebung die Zahl der Analphabeten unter den Prostituierten auf ein Minimum herabgesunken ist. Man darf vielleicht sogar sagen, daß diejenigen Elemente, die das für die Schule notwendige Maß intellektueller Leistungen nicht erbringen können, durch die erhöhte fortgesetzte Sorge, die ihnen die Gesellschaft notgedrungen auch später angedeihen lassen muß, eher vor der Prostitution geschützt bleiben.

Selbstverständlich werden geringe Intelligenzdefekte, die aber ein Vorwärtskommen solcher Personen in geordneten Arbeitsbedingungen nicht hindern würden, unter den Prostituierten nicht selten zu finden sein. Andererseits ist es überhaupt nicht die intellektuelle, sondern die ethische Schwäche, in der die wesentliche Prädisposition zur Prostitution liegt, und der gegenüber selbst der stärkere Verstand versagt. Zielbewußte Individuen wiederum sind allerdings in der niederen Prostitution seltene Elemente.

Gewissen geistigen Eigentümlichkeiten der Prostituierten gegenüber ist auch die Frage berechtigt, wie weit es sich etwa um die Folgen, nicht um die Ursachen ihrer eigenartigen Lebensführung handeln möge, und wie weit diese überhaupt erst das anscheinend übereinstimmend „Typische“ bei den Prostituierten bedinge. Unausbleiblich müssen vorhandene Fehler und Neigungen sich durch das Prostituiertendasein allmählich verstärken und verschärfen. Die Fähigkeit zu anstrengender und regelmäßiger Arbeit stumpft sich ab wie das Gefühl für Recht und Unrecht, und die ganze Handhabung der Ueberwachung mit ihren gehäuften Bestrafungen muß schließlich das Ehrgefühl untergraben. Daß bei haltlosen Personen die Nachahmung eine wesentliche Rolle spielt, daß unter Individuen, die zu einer besonderen Kaste zusammengezwungen werden und die der Berührung mit dem Verbrechertum ausgesetzt sind, Anklänge eines besonderen Rotwälsch sich ausbilden, kann nicht auffallen. Es würde sich lohnen, die Wandlungen des Prostituiertenjargons, wie sie speziell in Paris konstatiert wurden, im Zusammenhang mit den Einflüssen gewisser Moden und Literaturerzeugnisse zu studieren.

Es seien bei dieser Gelegenheit die Tätowierungen erwähnt, die besonders beachtet wurden, weil sie sich bei Prostituierten verhältnismäßig häufig, bei anderen Frauen dagegen sehr selten finden, und weil andererseits gerade die Häufigkeit der Tätowierungen bei Verbrechern zu naheliegenden Schlußfolgerungen herausforderte. Man

muß aber sagen, daß die Tatsache des Tätowierens bei Prostituierten ebenso wenig wie der Inhalt ihrer Tätowierungen zu irgend welchen Schlüssen im Sinne LOMBROSOS berechtigt.

PARENT-DUCHATELET hat in seinem klassischen Werk darauf verwiesen, daß er Tätowierungen fast nur bei Dirnen der niedersten Klassen fand. An verschiedenen Beobachtungsorten hat man tätowierte Prostituierte in sehr wechselnder Häufigkeit gesehen. Nach DE ALBERTIS waren in Genua unter 300 Prostituierten 28 tätowierte (= 9,3 Proz.), nach LOMBROSO und FERRERO in Turin unter 1561 Prostituierten nur 7 (= 0,45 Proz.), SEGRE sah in Mailand 1 Tätowierte unter 300 Dirnen.

BERGH kam bezüglich der öffentlichen Dirnen in Kopenhagen zu folgenden Ergebnissen: 80 von 804 Weibern zeigten Tätowierungen. Wesentlich handelte es sich um junge und zu den niedersten Klassen gehörige Frauenzimmer, 45 davon waren von derselben Person tätowiert worden. Nicht ohne Interesse ist es, daß obszöne Zeichnungen und Anspielungen in diesen Tätowierungen völlig fehlten. Bei den heimlichen Prostituierten Kopenhagens fand BERGH Tätowierungen weit seltener; unter 1502 meist jugendlichen Individuen, die von 1886 bis 1890 auf der Station für geheime Prostituierte des Vestre-Spitals verpflegt wurden, waren nur 31 tätowierte, und unter diesen wiederum 15 ganz junge, besonders degradierte Personen, die in Wirtshäusern niedrigster Art verkehrten. Alle diese 15 Mädchen waren von ein und demselben Künstler tätowiert worden. Mode, Nachahmungstrieb bei Individuen, die ein gewisser Kastengeist verbindet, „eine vom Müßiggang hervorgerufene oder begünstigte plötzliche Eingebung“ werden die Veranlassung zu dem Schmucke.

Auch für BERGH ist Tätowierung bei Frauenzimmern fast stets ein Zeichen von psychischer Degradation, dazu kommen noch bei den tätowierten Frauenzimmern mitunter physische Degenerationsphänomene vor.

Wie sehr aber wechselnde Einflüsse und Moden im Spiele sind, zeigt gerade eine neuere Statistik von BERGH: 1901 waren unter 397 ins Krankenhaus aufgenommenen gewerbsmäßigen Prostituierten 127 = 32 Proz. tätowiert; davon hatten sich 65 die Tätowierung im Arbeitshause beibringen lassen; im selben Jahre wurden unter 292 geheimen Prostituierten in Kopenhagen 27 (= 9,2 Proz.) Tätowierte beobachtet.

Bei Pariser Prostituierten finden sich neuerdings nach einer Mitteilung von JULLIEN sehr charakteristische punktförmige Tätowierungen an den Händen, die den Zuhältern gegenüber eine Art Erkennungszeichen darstellen. Wie häufig bei uns in Deutschland Tätowierungen unter den Prostituierten sich finden mögen, darüber habe ich mir kein Urteil bilden können. Ich selbst habe nur einige wenige Male solche Tätowierungen gefunden, und ich glaube, daß sie zu den recht seltenen Fällen gehören. Daß es sich um Individuen handelt, die in engerer Beziehung zum Verbrechertum stehen, ist mehr als wahrscheinlich, örtliche und zeitliche Differenzen mögen sich wohl herausstellen.

Die starke Kriminalität der Prostituierten ist nicht nur von LOMBROSO betont worden; sie äußert sich wesentlich in Diebstahl und Hehlerei, denjenigen Formen der Vergehen, die ihnen Natur und Lebensweise am leichtesten möglich machen. WELANDER hebt beispielsweise hervor, daß unter den Stockholmer Prostituierten 7,7 Proz. schon vor der Einschreibung wegen Verbrechen, und zwar überwiegend wegen Diebstahls bestraft sind.

Wenn bei vielen Gewohnheitsverbrecherinnen ein Tiefstand des ethischen Niveaus existiert, der ohne weiteres begreiflich erscheinen läßt, daß solche Weiber sich auch prostituieren, so dürfen doch nicht umgekehrt den Prostituierten generell Verbrecherqualitäten zugeschrieben werden. Unter 460 jugendlichen Verbrecherinnen hatten 86 vor dem 14. Lebensjahr geschlechtlich verkehrt, mehr als die Hälfte aber hatte sich vor dem 20. Lebensjahr prostituiert (FERRI).

Für manche Weiber wird die Prostitution, wie schon PARENT-DUCHATELET hervorzuheben für nötig fand, eher eine Voraussetzung, sie vor dem Verbrechertum zu bewahren, und ASCHAFFENBURG acceptiert die Lehre LOMBROSOS insoweit, als auch er glaubt, daß wir zuweilen in der Dirne ein Aequivalent des Verbrechers erblicken dürfen, indem manche junge Mädchen, um ihre Vergnügungs- und Putzlust zu befriedigen, zum Diebstahl und zur Unterschlagung greifen würden, wenn sie nicht durch die Prostitution ihre Wünsche leichter und ausgiebiger befriedigen könnten als durch Unehrlichkeit.

Prostitution und Verbrechertum sind weder Gegensätze noch Aequivalente, sie können sich um so eher vereinigen, als sie vielfach auf demselben Ursachenkomplexe entstehen. Das Zusammenarbeiten mit dem Zuhälter macht viele Prostituierte zu Hilfskräften der Verbrecher.

Bei dem allgemeinen Mangel von Untersuchungen der Psychiater sind für uns die Feststellungen besonders wichtig, die BONHÖFER bei 190 Prostituierten gewonnen hat, welche im Breslauer Strafgefängnis interniert waren; es handelt sich bei diesen Dirnen um keine spezielle Auswahl; sie konnten ihrer Art nach wohl einem verwertbaren Durchschnitt entsprechen; die Mehrzahl hatte wegen polizeilicher Kontraventionen kurze Haftstrafen zu verbüßen.

Von diesen 190 Prostituierten entstammten 92 der Großstadt, 56 waren aus Provinzialstädten, 42 vom flachen Lande. Nach den aktenmäßigen Feststellungen waren der Prostitution verfallen:

bis zum 16. Lebensjahre	30
zwischen dem 17. u. 18. „	44
„ „ 19. „ 20. „	28
„ „ 21. „ 22. „	19
„ „ 23. „ 24. „	16
„ „ 24. „ 25. „	3
„ „ 25. bis 30. „	23
„ „ 30. „ 35. „	11
„ „ 35. „ 40. „	9
„ „ 40. „ 45. „	2
„ „ 45. „ 50. „	5

Demnach fand sich ein ganz beträchtlicher Bruchteil solcher, die zur gewerbsmäßigen Prostitution erst in einem Alter kamen, das nicht gerade für die Voraussetzungen der „geborenen“ Prostituierten verwertbar scheint.

Bei den untersuchten Prostituierten fand nun BONHÖFER:

Idiotie	in 3,1 Proz.
Imbecillität und Schwachsinn leichten Grades	„ 28 „
Hysterie	„ 5,2 „
Epilepsie	„ 7 „
pathologische Reizbarkeit	„ 1 „
progressive Paralyse	„ 1 „
Hebephrenie	„ 1 „
Alkoholismus chron.	„ 21 „
keinen pathologischen Befund	„ 32 „

Die Ausbeute war also keineswegs gering. Aber sie gibt ganz gewiß keine Bestätigung dafür, daß wir etwa die Prostituierte mit LOMBROSO als eine anthropologische Varietät aufzufassen hätten. Was den Alkoholismus betrifft, so ist er in sehr vielen Fällen sicherlich überhaupt erst die Folge des Dirnenlebens, und auch da, wo ältere Weiber infolge des Alkoholismus der Prostitution verfallen, kann er nicht ohne weiteres als der Ausdruck einer angeborenen lasterhaften Disposition betrachtet werden.

Auffallend darf aber immerhin der hohe Prozentsatz von angeborenen Defekten und Schwachsinnszuständen bleiben, die BONHÖFER aufdeckte. Man muß BONHÖFER darin beistimmen, daß es für den Psychiater einer fast selbstverständlichen Voraussetzung entspricht, daß sich unter den gewerbsmäßigen Prostituierten psychische Defektzustände in besonderer Häufigkeit ansammeln. Die wesentlichen Züge der geborenen Prostituierten LOMBROSOS bedeuten nun aber auch nichts anderes als die Symptomatologie der angeborenen Defektzustände. Soweit stimmt der deutsche Psychiater mit LOMBROSO überein, trotz aller Differenzpunkte, die sich in der Deutung des einzelnen ergeben. Die Prostitution ist in vielen Fällen gerade so wie das gewerbsmäßige Verbrechertum nichts anderes als ein Symptom des psychischen Defektzustandes.

Aus dem Ueberwiegen des Einflusses der Triebanregungen, der Affekte und der egoistischen rein vegetativen Wünsche auf das Handeln gegenüber den Vorstellungen, die beim normalen reifen Menschen ein soziales Leben bedingen, kurz aus der Grundeigenschaft der Defektzustände, ergibt sich auch die Neigung zur Unstätigkeit und zur parasitären Lebensführung, und die Mehrzahl der Konflikte solcher Individuen mit der gesellschaftlichen Ordnung läßt sich aus ihr ableiten (BONHÖFER).

Man tut gut daran, in diesem weiten Gebiete psychischer Minderwertigkeiten keine allzu enge Rubrizierung zu versuchen, und auch von einer allzu nahen Angliederung solcher Prostituierten an wohlcharakterisierte Psychosen abzustehen. Wenn französische Autoren (LE PILEUR), allerdings mehr zum Vergleich, die ganze psychische Disposition der Prostituierten als „Maladie de la prostitution" ansprechen, so ist eben immer wieder darauf zu verweisen, daß das genau so wie LOMBROSOS Konzeption der „geborenen Dirne" ein Zusammenwerfen ganz verschiedenartiger Dinge bedeutet; und das wird man sich ganz besonders klar machen müssen, wenn die Frage diskutiert werden soll, wie weit eine solche Person für ihr Handeln verantwortlich gemacht werden darf. Die Praxis kommt immer und immer wieder darauf hinaus, jene Individuen als „fast pathologisch" zu bezeichnen.

Eine nahe Angliederung der Prostituierten an die Gewohnheitsverbrecher ist ebenfalls abzulehnen, wenn auch manche der Dirnen durch eine stärkere kriminelle Veranlagung ausgezeichnet sein mögen.

Jeder Versuch einer Kategorisierung der verschiedenen Prostituierten nach besonders hervortretenden oder dominierenden Charakteren muß etwas Gezwungenes behalten. Ich führe hier nur die Klassifikation von P. TARNOWSKI an, welcher 5 Kategorien (Impudiques, Voleuses-prostituées, Insouciantes, Obtuses, Hysteriques) unterscheiden will.

STRÖHMBERG möchte vom klinisch-psychologischen Standpunkte aus 3 Kategorien von Prostituierten aufstellen:

1) Indolente, passive, faulenzende, nichtdiebische Personen ohne Energie, die leicht von Bordellwirtinnen und Kupplerinnen ausgebeutet werden. Sie machen weniger als die Hälfte der Prostituierten aus.

2) Den größeren Teil bilden mehr aktive, diebische und zugleich nicht ganz arbeitsscheue Personen von größerer Energie als die erste Gruppe.

3) Sehr gering der Zahl nach sind diejenigen, die größere Energie entwickeln und deren Energie sich nur im Arbeiten und nicht auf verbrecherischem Gebiete entwickelt.

Ich schließe mich STRÖHMBERG insofern an, als auch ich glaube, daß unter den Reihen der gewerbsmäßigen Prostituierten sich nur sehr wenige Elemente befinden, die zielbewußt die Prostitution als eine Erwerbsquelle betrachten, mit Hilfe derer sie sich eine pekuniäre Sicherung verschaffen.

Nicht unwichtig wäre es, ein Urteil darüber zu gewinnen, wie die Prostituierte selbst ihre Stellung gegenüber der normalen Frau auffaßt und wie weit ihr der verdammende Standpunkt der Gesellschaft als Unrecht erscheint. PARENT-DUCHATELET glaubt sagen zu dürfen, daß den meisten Prostituierten ein lebhaftes Bewußtsein der Schuld und Minderwertigkeit innewohne. Es ist auch nicht gerade schwer, von den Dirnen eine Auskunft auf jene Fragen zu erhalten, nur muß man sich hüten, diese Antworten allzu ernst zu nehmen. Vor allem die anscheinende Reue und Bußfertigkeit mancher Dirnen entspricht meist nur einer rasch vorübergehenden Stimmung als Folge momentaner Beeinflussungen ohne nachhaltige und tiefe Wirkung.

Wie weit gibt sich die angenommene Minderwertigkeit der Prostituierten in ihren späteren Lebensschicksalen kund? Wir hatten uns früher mit der Frage bereits zu beschäftigen. Das lange Verharren unter der Ueberwachung an sich möchte man fast als ein Zeichen einer pathologischen Stumpfheit betrachten. Der Uebergang älterer ausgedienter Prostituierter zu obskuren niedrigen Tätigkeiten in denen sie Gehilfinnen der Prostituierten bleiben, spricht in gleichem Sinne. Aber andererseits fehlt gerade für diejenigen überaus zahlreichen Elemente, die nur kürzere Zeit der Ueberwachung unterstehen, meist jeder genauere Ueberblick über ihre weiteren Schicksale, und allein die Tatsache, daß einer sehr großen Anzahl dieser Individuen späterhin Konflikte mit der Gesellschaft und dem Gesetze erspart bleiben, deutet darauf hin, daß die pathologischen Eigenschaften solcher Naturen keineswegs übertriebene Hervorhebung verdienen.

Selbstmorde von Prostituierten sind nur als vereinzelte Vorkommnisse zu verzeichnen.

Wenn es schließlich einem Teil der Prostituierten gelingt, sich wieder aufzuraffen, während andere auf lange Zeit als widerspenstige Elemente doch von der Ueberwachung nicht loskommen oder geduldig in ihr verharren, so deutet schon dieses ganz verschiedenartige Verhalten auf Differenzen in den Persönlichkeiten, wenn auch gewiß mächtige äußere Einflüsse und Zufälligkeiten für das Schicksal der Dirnen von Bedeutung werden können.

Als Beweis dafür, daß eine angeborene Veranlagung zur Prostitution nur in verschwindend wenigen Fällen in Frage kommen könne und daß den sozialen Voraussetzungen die dominierende Bedeutung gebühre, wird von Gegnern jener Lehre darauf hingewiesen, daß es eben fast ausschließlich die niedersten sozialen Schichten sind, aus

denen sich die Prostitution rekrutiert. Allein umgekehrt finden gerade Lombroso und seine Anhänger ein Argument zu ihren Gunsten in dem Hinweis auf Persönlichkeiten in den sozial besser gestellten Schichten, die durchaus dem Prostituiertentypus entsprächen. Man darf dabei nicht vergessen, daß solche Naturen schon bei dem äußeren Halt, den ihnen ihre Umgebung liefert, schwerlich in die Reihen der niederen gewerbsmäßigen Dirnen geraten.

Wenn es das Wesen der Prostitution ausmacht, durch die schmähliche körperliche Hingabe Annehmlichkeiten und Daseinserleichterungen zu gewinnen, die sonst nicht zu erringen wären, so werden eben auch die Ziele jener Weiber eher erreicht, ohne daß sie in die niederen Klassen herabsteigen. Selbst eine extreme Haltlosigkeit und völliger Mangel an Zielbewußtsein, also eine ausgesprochene pathologische Veranlagung, wie wir sie bei dem Durchschnitt der Prostituierten nicht finden, kann jene Personen nur dann so tief sinken lassen, wenn ihnen der Schutz ihrer Klasse entzogen wird. „Der Bordelldirne aus dem Proletariat entspricht die unverbesserliche Ehebrecherin aus der Aristokratie.“

Damit kommen wir allerdings immer und immer wieder auf die Macht der sozialen Voraussetzungen zurück und es ist für die praktische Seite der Angelegenheit bis zu einem gewissen Grade gleichgültig, ob man von dem Satze ausgeht: Schlechte soziale Voraussetzungen schaffen und begünstigen die Prostitution, oder ob man umgekehrt feststellt, daß die besseren sozialen Zustände auch das prädestinierte Weib vor der Prostitution schützen. In beiden Fällen kommt man zu dem Schlusse, daß man mit sozialer Verbesserung der Prostitution entgegenarbeiten müsse; denn je ungünstiger das Niveau bleibt, auf dem sich das Proletarierweib bewegt, um so leichter fällt sie der Prostitution anheim; und der Versuch, im Einzelfalle die Ursachen der Prostitution zu ergründen, wird die persönlichen und die sozialen Voraussetzungen gar nicht genau von einander trennen können. Was sich als persönliche Belastung und Grundlage degenerativer Veranlagung auffassen läßt (Alkoholismus, Verbrechertum, Geisteskrankheit u. s. w. der Eltern), das gibt eben zugleich die Vorbedingungen für eine Verwahrlosung, für einen Mangel an häuslicher Erziehung, für übles Beispiel und schädigende Beeinflussung des heranwachsenden Kindes. Dasselbe gilt für die Kinder der Prostituierten wie für viele der unehelich Geborenen überhaupt.

Die erdrückende Wucht sozialer Mißstände für die Entwickelung auch des normal veranlagten Proletariermädchens bedarf eigentlich gar keine detaillierte Anführung. Erziehungselend, Wohnungsnot, frühzeitiger Einblick in das Sexualleben Erwachsener und das aufdringliche flitterglänzende Treiben der Prostituierten, üble Beispiele im Beobachtungskreis der heranwachsenden Kinder legen bei diesen den Grund zur künftigen Verderbnis; tritt dann ein solches Mädchen in die Zeit der geschlechtlichen Entwickelung ein, so drohen ihm sexuelle Verführungen und Verfolgungen, unter Umständen sogar die gewissenlose Hinweisung auf den sexuellen Erwerb; sie fallen auf um so fruchtbareren Boden, je weniger das Beispiel älterer oder gleichalteriger Genossinnen Abscheu erweckt.

Das Hinaustreten ins Erwerbsleben häuft für das städtische Mädchen die Gefahr genau so wie für das Mädchen vom Lande, das überhaupt erst in den ungesunden städtischen Dunstkreis eintritt und das dazu noch dem lauernden Elend gegenüber den minder kritischen

Blick besitzt. Weitere Steigerung der Gefahr bedeuten an sich gewisse Arbeitsstellungen, denen viele Mädchen gar nicht aus unehrenhaften Motiven, sondern vor allem in der Aussicht auf die bessere Entlohnung zuströmen. Aber es soll auch nicht vergessen werden, daß es gerade labile Existenzen sind, die von den exponierteren Stellungen ganz besonders angelockt werden. Endlich tut die persönliche Not das letzte; und wie viele der Mädchen geraten durch Verlust der Arbeitsgelegenheit in eine Zwangslage, oder durch den Eintritt in Positionen, wo ihnen ein unzureichender Lohn mit der selbstverständlichen Voraussetzung gegeben wird, daß sie das Defizit durch den schändlichen Erwerb ihres eigenen Körpers decken! Das Elend geschwängerter Mädchen, verlassener Mütter drängt sich in manchen Fällen als besondere Ursache vor und schließlich gibt es Fälle, in denen der Eintritt in die Prostitution fast heroischen Motiven entspringt.

Soviel Einzelpunkte, soviel soziale Aufgaben, und diese heischen um so mehr Erfüllung, als ihnen keineswegs die Verhütung der Prostitution als alleiniges Ziel obliegt. Daß die Besserung nicht mit einem Male und nur innerhalb gewisser Grenzen eintreten kann, ist klar. Aber schließlich muß alles, was sozialen Fortschritt bedeutet, auch der Bekämpfung der Prostitution zugute kommen.

Anerkannt bleibe dabei, daß auch das tiefste Elend nur einen Teil der Mädchen zur Prostitution führt; der gleiche Druck sozialer Mißlichkeiten läßt nur einen Bruchteil von Personen so tief sinken, und verfehlt wäre es, nur die äußeren Einflüsse und Zufälligkeiten für das Schicksal der einzelnen verantwortlich zu machen. Nicht um einen Kompromiß zwischen zwei Theorien zu finden, sondern um die Dinge so aufzufassen, wie sie tatsächlich liegen, haben wir bei den Ursachen der Prostitution neben den sozialen Voraussetzungen alle jene Punkte, die persönliche Prädisposition wie persönliche Widerstandsfähigkeit bedeuten, in ihrem ganzen Umfange zu würdigen.

Manche Statistiken machen den Versuch, aus den eigenen Angaben der Prostituierten zu entnehmen, was sie zur Prostitution getrieben habe, und wollen etwa gar für den Einzelfall eine dominierende Ursache herausgreifen. Die Anführung derartiger Gruppierungen, wie wir sie schon bei PARENT-DUCHATELET finden, mag um so lieber unterbleiben, als wir eben unter allen Umständen mit sehr komplexen Voraussetzungen zu rechnen haben und zudem gerade bei den Mitteilungen, die Prostituierte von ihrem Vorleben geben, bewußte wie unbewußte Erinnerungsfälschungen in Menge mit unterlaufen.

Aus welchen Ursachen auch immer man schließlich den Eintritt in die Prostitution erklären will, die Notwendigkeit bleibt bestehen, in der Prostituierten nicht einfach ein sinnliches Weib zu erblicken, das die Befriedigung seines Geschlechtstriebes sucht, sondern eine Person, die durch den sexuellen Akt sich Gewinn, Erwerb, ein müheloses Dasein verschaffen will, ein Weib, bei dem ein Mißverhältnis zwischen Schamgefühl und ethischer Widerstandsfähigkeit einerseits und der Intensität der Lockungen und dem Verlangen nach Genuß auf der anderen Seite besteht. Nicht das Elend schafft die Notwendigkeit der Prostitution, sondern das Streben nach einem Glanze, den das Weib bei anständigem Erwerb nicht erringen könnte und nicht zu erringen brauchte. Die gewerbsmäßige Prostituierte treibt ihr Gewerbe nicht als Ergänzung, um den Ausfall an Subsistenzmitteln

zu decken, den ihr die Arbeit nicht bietet, sondern sie sucht durch die Prostitution jede anständige und normale Arbeit zu ersetzen, so daß die Gesellschaft im eigensten Interesse dem Weib nicht das Recht auf Prostitution zuerkennen kann, mag uns im gegebenen Falle der Werdegang der Dirne noch so begreiflich und entschuldbar erscheinen.

Die Schäden, die von der gewerbsmäßigen Prostitution ausgehen, beschränken sich keineswegs auf die nächsten greifbaren hygienischen Gefahren. Von einem höheren sozial-ethischen Gesichtspunkte aus gibt es keine gewerbsmäßige Prostitution, die nicht an sich eine Schädigung der Gesellschaft bedeutete. Ob man die Prostituierte als normales Weib betrachten mag, das nur zum bejammernswerten Opfer unglücklicher Verkettungen wurde, und ohne tiefere eigene Verschuldung in den Abgrund geriet, oder ob man sie als eine pathologische Natur auf faßt, der das Gefühl der Verantwortlichkeit fehlt, allemal bleibt zu beachten, daß sie als Prostituierte antisozial handelt. Die Tatsache, daß man glaubt, trotzdem die gewerbsmäßige Prostitution nicht verhindern zu dürfen, zeigt, wie weit wir allerdings von einer Durchdringung mit derartigen Ideen entfernt sind, die vielleicht überhaupt Zukunftsträume bleiben werden. Aber sicherlich wird ein Zukunftsstandpunkt wenigstens dahin kommen, die Reglementierung der Prostitution zu beseitigen, d. h. Zustände, in denen das Weib mit Wissen und unter Aufsicht der Behörden seine Subsistenzmittel ausschließlich aus der käuflichen Hingabe seines Körpers gewinnt. Diese Reglementierung wird verwerflich erscheinen, mag man in der Prostituierten die vollwertige oder minderwertige Persönlichkeit erblicken wollen.

Alle Bestrebungen, das Weib vor der Prostitution zu bewahren oder nach Kräften wieder aus der Prostitution zu befreien, finden in der Existenz jener Reglementierung ein Hemmnis, mag man sich auch über die Bedeutung dieses Hindernisses streiten. Ist die Kandidatin der Prostitution ein vollwertiges Weib, so wird sie durch jene Form der Ueberwachung herabgedrückt; die Gesellschaft hätte die Verpflichtung, ihr zurückzuhelfen. Muß ein vollwertiges Weib zur Prostituierten werden und Prostituierte bleiben, so liegt darin ein Hinweis auf ungesunde soziale Voraussetzungen. Bietet aber die Gesellschaft dem Weibe die Möglichkeit des anständigen Erwerbes, so vergeht sich die Person, die trotzdem in der Prostitution verharrt und die Gesellschaft hat das Recht und die Pflicht dagegen vorzugehen, allerdings nicht durch unzulängliche Strafen, sondern durch den Zwang zur Arbeit.

Wird aber die Prostituierte als ein psychisch minderwertiges Weib betrachtet, das sich nicht selbständig durchs Leben helfen kann, so hat die Gesellschaft erst recht die Pflicht, schützend einzutreten. Ein rückständiger Standpunkt ist es, ein solches Weib verkommen zu lassen. Je mehr die Prostituierte sich dem normalen Weibe nähert, um so weniger bedarf es für sie einer strengeren Ueberwachung, und so gehört die Prostituierte weder als Geisteskranke ins Irrenhaus noch als Verbrecherin ins Gefängnis; sie gehört in eine Arbeitsstellung unter dem Schutze und Zwange der Behörden. Die Erfüllung dieser Forderung ist eine Zukunftsmöglichkeit, die der Allgemeinheit Arbeitskräfte erhalten kann, die jetzt in der Prostitution verkommen. Und ist es nicht ein Hinarbeiten auf dasselbe Ziel, wenn jetzt schon Anhänger einer Reglementierung verlangen, daß unverbesserliche Prostituierte

dauernd oder auf unbestimmte Zeit in Asylen oder Arbeitshäusern untergebracht werden sollen?

Aber die Einwände dagegen, daß das hier gesteckte Ziel der Unterdrückung oder Einengung der gewerbsmäßigen Prostitution erreichbar oder selbst wünschenswert sein sollte, drängen sich ohne weiteres auf. Das Hauptargument liefert der Hinweis auf die Notwendigkeit und Unausrottbarkeit der Prostitution, für die biologische wie historische Gründe herangezogen werden. Wenn aber von einer Notwendigkeit der Prostitution gesprochen wird, so kann das doch nur in dem Sinne gelten, daß die legale Ehe in dem durchführbaren Umfange den biologisch berechtigten sexuellen Bedürfnissen nicht die genügende Erfüllung bringen kann und daß damit ein Aufhören des unehelichen Geschlechtsverkehrs um so weniger ernstlich in Frage kommen könnte als unsere soziale Entwickelung die legalen Heiratsmöglichkeiten speziell den Angehörigen der mittleren Stände immer mehr erschwert und so bestimmten Formen des unehelichen Geschlechtsverkehrs die soziale Anerkennung verschaffen und erhalten muß im Interesse des Weibes so gut wie des Mannes. Hier kann kein Zweifel darüber bestehen, daß für die Frau die Sicherung ihrer Rechte allein in der möglichsten Beschränkung auf eheartige sexuelle Einzelverhältnisse zu erreichen ist, und daß schon von diesem Gesichtspunkte aus die Notwendigkeit der Prostitution nicht aus dem normalen sexuellen Bedürfnisse des Weibes hergeleitet werden kann. Denn dieses wird sich die Rechte, welche sich aus dem Geschlechtsverkehr ergeben, in möglichstem Umfange zu sichern suchen.

Anders steht es mit der Nachfrage der Männer; diese richtet sich deshalb auf die Prostitution, weil aus diesem Verkehr für den Mann das Minimum der Verpflichtungen resultiert. Die Klassifizierung Tarnowskys, der Liebhaber der Prostitution und Konsumenten der Prostitution aus Not unterscheidet, ist nicht ohne eine gewisse Reserve aufzunehmen, weil sich in der zweiten Kategorie gar viele Männer finden, die zwar notgedrungen von der Ehe absehen müssen, aber auch die erfüllbaren Verpflichtungen nicht auf sich nehmen wollen, die ihnen aus anderen engen sexuellen Beziehungen erwüchsen. Dieses Bestreben der Männer, der sexuellen Verantwortlichkeit zu entgehen, wird sich stets nach Möglichkeit durchzusetzen trachten und es wird immer Weiber finden, die um des nächsten materiellen Vorteils willen ihre tieferen Rechte hintansetzen. Mit anderen Worten: wenn es gelingen sollte, die öffentliche Prostitution zu unterdrücken, würde schon die Nachfrage der Männer genügen, eine geheime Prostitution zu unterhalten.

Es wird bei näherer Betrachtung klar, daß hier der Punkt liegt, der praktischem Vorgehen die größten Schwierigkeiten bietet. Denn damit, daß man im Sexualverkehr die Rechte des Weibes innerhalb der für die Gesellschaftsordnung möglichen Grenzen erweitert und die Verantwortung der Männer erhöht, ist dem Manne der Ausweg nicht versperrt, sich durch den Verkehr mit der gewerbsmäßigen Prostitution dem Drucke der Pflichten zu entziehen. Die Entwickelung der geschlechtlichen Sittlichkeit des Mannes bis zu der Höhe, die ihn darauf verzichten ließe, jenen Ausweg zu suchen, könnte in letzter Linie nur aus einer Erziehung heraus erfolgen, die in ihm die sexuelle Achtung des Weibes in ganz anderem Umfange begründete, als die gesellschaftliche Heuchelei unserer Tage. Dafür aber wäre wiederum erste

Voraussetzung jene allgemeine innere Erhebung und Persönlichkeitsentwickelung der Frau, wie sie modernen Vorkämpferinnen der Frauenbewegung — ich nenne nur ELLEN KEY — vorschwebt.

Dann würden auch jene Angstgründe verschwinden, mit denen man heutzutage die Existenz der gewerbsmäßigen öffentlichen Prostitution verteidigt.

Noch hält man die Duldung einer öffentlichen Prostitution für gerechtfertigt, weil sie ein Sicherheitsvorteil darstelle; weil ihre Existenz die Nachfrage der Männer auf einen verhältnismäßig engen Kreis käuflicher Weiber beschränke und damit zum Schutze für andere Frauen würde.

Das erste Argument entspricht noch dem Standpunkte, der SOLONS Weisheit dafür pries, daß er in Athen Bordelle gegründet hatte, durch welche die jungen Leute davon abgelenkt würden, anständigen Frauen nachzustellen; unsere Zeit acceptiert eher das Wort Luthers, daß der junge Gesell, der mit Dirnen verkehrt, sich auch der ehrbaren Frauen nicht enthalten möchte; jedenfalls lehren uns die tatsächlichen Verhältnisse, daß nur eine sehr geringe Minderzahl der Männer auf den ausschließlichen Verkehr mit der reglementierbaren Prostitution zu beschränken ist. Grausame Verfolgungen der Prostitution, welche die Geschichte kennt, haben stets zu einer Verschlimmerung des Uebels geführt, und diese Lehre soll nicht vergessen werden; aber was mit drakonischen Gewaltmaßregeln nicht zu erzielen war, das kann ein weitausschauend angelegtes System sozialer Prophylaxe eher erreichen, das die Prostitution nicht nur nach Möglichkeit verhüten will, sondern auch die gewerbsmäßige Prostituierte in andere Lebensbedingungen versetzen möchte, in denen sie der Gesellschaft das, was in ihren Kräften steht, an Arbeit zu leisten vermag. Ein administrativer Utilitätsstandpunkt, der Weiber etwa deshalb unter der Prostituiertenkontrolle hält, weil ihm dadurch die Verlegenheit erspart bleibt, auf andere Weise für jene Personen sorgen zu müssen, ist verwerflich, mag die Last, die der Gesellschaft durch die Sorge für solche Weiber aufgebürdet wird, noch so groß und noch so undankbar sein. Dazu kommt, daß die Rolle, welche die gewerbsmäßige Prostitution spielt, weder Existenz noch Umfang der mehr gelegentlichen Prostitution hindert.

Der Versuch, die gewerbsmäßige Prostitution zu unterbinden, müßte mit denselben Mitteln ins Werk gesetzt werden, wie das Einschreiten gegen das männliche Vagabundentum. Diese Zusammenordnung, die auch moderner psychiatrischer Auffassung am meisten entspricht, ist tatsächlich auch schon in der Gesetzgebung außerdeutscher Länder unternommen worden; nur halte man sich vor Augen, daß das Ziel des Einschreitens nicht die unwirksame Verhängung häufiger kurzdauernder Strafen, sondern der Zwang zur Arbeit — wenn nötig unter der fortdauernder Aufsicht der Behörde — sein muß.

Was damit faktisch erreicht werden könnte, ist unter keinen Umständen ein Aufhören der Prostitution, sondern nur eine Modifikation ihrer Erscheinungsformen. Auch in dem Staatswesen, das die gewerbsmäßige Prostitution nicht nur unter allen Umständen verdammt, sondern dem es auch gelänge, sie auf ein verborgenes Minimum herabzudrücken, würde die kachierte und vor allem die gelegentliche Prostitution weiter bestehen. Trotzdem wird sich in jenem Standpunkt die höhere sittliche Auffassung und nicht bloß sittliche Heuchelei aus-

sprechen. Daß praktisch die mögliche Einengung der gewerbsmäßigen Prostitution nur das Laster im geheimen wachsen ließe und mit einer Vermehrung der Gelegenheitsprostitution bessere, bisher geschützte Elemente in seinen Bereich zöge, ist nicht zu befürchten, denn ein Vorgehen in dem gedachten Sinne ist überhaupt erst dann möglich, wenn eine Kulturhöhe erreicht ist, die auch dem Weibe der niederen Stände das Bewußtsein seiner persönlichen Geltung verstärkt und dem Manne die größere Achtung vor dem Weibe eingepflanzt hat.

Je mehr es aber gelänge, die rein gewerbsmäßige Prostitution auszuschalten, um so mehr wäre auch in hygienischer Hinsicht erreicht; das einzelne Individuum ist um so weniger den Geschlechtskrankheiten ausgesetzt und wird im Krankheitsfalle um so weniger gefährlich, auf einen je engeren Kreis sich seine geschlechtlichen Beziehungen beschränken. Aus dieser Einengung heraus wird aber zugleich das Individuum mehr zur Erfüllung der für den vollwertigen Menschen selbstverständlichen Verpflichtung gedrängt, die vorhandene Krankheit zu behandeln, und um so weniger wären Zwangsmaßregeln vonnöten, um die ärztliche Aufgabe in ihre Rechte treten zu lassen.

Es ist nicht ärztlich-medizinische Aufgabe, mit Ausblicken auf Zukunftsentwickelungen hervorzutreten, die, an sich denkbar, vielleicht doch den Kräften, welche die soziale Weiterentwickelung beherrschen, nicht genügend Rechnung tragen und die deshalb der Gang der Dinge Lügen strafen müßte. Gerade auf dem Gebiete der Prostitutionsfrage tut diese Zurückhaltung not; die dominierenden Faktoren liegen hier nicht in der rein hygienischen Seite der Angelegenheit, und die ärztliche Tätigkeit kann sich nur als Hilfskraft in den Dienst der Bewegungen stellen, die gegen die Schäden der Prostitution zu Felde ziehen. Die Rolle, die dem Arzte durch die Reglementierung der Prostitution angewiesen wurde, ist und bleibt undankbar und wenig erfolgreich. Wenn jene Einrichtung, die ein festes Bollwerk gegen die Geschlechtskrankheiten liefern sollte, sich mit der Zeit als morsches Gemäuer erwies, so hat die Zukunft zu entscheiden, ob man nur einreißen oder auf den alten Fundamenten wieder aufbauen soll. Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten hängt glücklicherweise nicht an dieser einen Frage; und er läßt speziell dem Arzte noch Platz zur weiteren und ersprießlichen Mithilfe.

Literatur.

Bulletins de la Société internationale de Prophylaxie sanitaire et morale, Brüssel 1901, ff.
Grotjahn *und* **Kriegel,** *Jahresberichte über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der sozialen Hygiene und Demographie, Jena, Gustav Fischer, 1901 u. f. J.*
Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Leipzig, Barth.
Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Braunschweig, Vieweg. (Mit regelmäßigen Verzeichnissen neu erschienener Schriften über öffentliche Gesundheitspflege und einem jährlichen Repertorium.) — Dazu als Supplementbände:
Jahresberichte über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene, Braunschweig, Vieweg.
Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Leipzig, Barth.
Aschaffenburg, *Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Kriminalpsychologie für Mediziner, Juristen und Soziologen. Ein Beitrag zur Reform der Strafgesetzgebung, Heidelberg, 1903.*
Baer, *Ueber die Rektalgonorrhöe der Frauen. Deutsche med. Wochenschrift, 1896, No. 8.*
Derselbe, Weitere Beiträge zur Lehre von der weibl. Rektalgonorrhöe. Ibidem, 1897, No. 51/52.
Baermann, *Die Gonorrhöe der Prostituierten. Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Bd. 2, 1903. (Mit sehr ausführlichem Literaturverzeichnis.)*
Bandler, *Ueber die venerischen Affektionen der Analgegend bei Prostituierten. Arch. f. Dermatologie und Syphilis, Bd. 43, 1893.*
Derselbe, Zur Kenntnis der elephantiastischen und ulcerösen Veränderungen der äußeren Genitalien und des Rectums. Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 48, 1899.
Baumgarten, *Die Beziehungen der Prostitution zum Verbrechen. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalstatistik, 1903, S. 1.*
Behrend, F. J., *Prostitution in Berlin. Henkes Zeitschrift für Staatsarzneikunde, 1850.*
Behrend, *Ueber die Gonorrhöebehandlung Prostituierter. Berl. klin. Wochenschr., 1898, S. 115.*
Bentzen *und* **Getz,** *Etudes sur la répression de la prostitution et la lutte contre les maladies vénériennes en Norvège, Christiania, 1899.*
Berger, *Die Prostitution in Hannover. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., Bd. 23, (1902), S. 138.*
Derselbe, Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Ibidem, Bd. 26, 1903, Suppl.
Bergh, *Ueber Herpes menstrualis. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. 10, S. 1.*
Derselbe, Ueber Tätowierungen der Prostituierten. Ibidem, Bd. 12, No. 5.
Derselbe, Ueber die Inkubationsdauer der Syphilis. Ibidem, Bd. 17, S. 593.
Derselbe, Symbolae ad cognitionem genitalium externor. foemineor. Ibidem, Vol. 19, p. 403; Vol. 24, p. 74; Vol. 25, p. 261.
Derselbe, Beiträge zur Kenntnis der Entzündungen der Glandul. vestib. maj. (Bartholini). Ibidem, Bd. 21, S. 361.
Derselbe, Bemerkungen über venerische Katarrhe bei Frauenzimmern. Ibidem, Bd. 27, S. 392.
Derselbe, Die Tätowierungen bei Frauenzimmern der öffentlichen und geheimen Prostitution. Ibidem, Bd. 35, S. 370.
Bernecker, *Die medizinischen Gesichtspunkte bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Dissertation Berlin, 1903.*
Bienenstock, *Mittel und Wege zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten. Wiener med. Presse, 1902, No. 47 f.*
Blaschko, *Syphilis und Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege, Berlin 1893.*

Blaschko, *Hygiene der Prostitution und der venerischen Krankheiten, Jena 1900. (Daselbst größeres Literaturverzeichnis.)*
Derselbe, Sollen die Prostituierten auf Gonorrhöe untersucht und behandelt werden? Berl. klin. Wochenschr., 1898, S. 598.
Derselbe, Hat die heute übliche Reglementierung der Prostitution einen nachweislichen Einfluß auf die Häufigkeit der Verbreitung der venerischen Krankheiten ausgeübt? D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, 1900, S. 247.
Block, *Welche Maßnahmen können behufs Steuerung der Zunahme der Geschlechtskrankheiten ergriffen werden? Leipzig 1901.*
Bonhöfer, *Ueber Prostituierte. Zeitschr. f. die ges. Strafrechtswissensch., 1903, Bd. 23.*
Brasch, *Ueber die zur Bekämpfung der Gonorrhöe und deren Folgekrankheiten erforderlichen sanitätspolizeilichen Maßregeln. D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, 1898, S. 522.*
Bré, *Das Recht auf Mutterschaft, eine Forderung zur Bekämpfung der Prostitution, der Frauen- und Geschlechtskrankheiten, Berlin 1903.*
Dieselbe, Staatskinder oder Mutterrecht, Leipzig 1904.
Bröse, *Zur Aetiologie, Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhöe. Deutsche med. Wochenschr., 1893, S. 370.*
Bröse und **Schiller,** *Zur Diagnose der weiblichen Gonorrhöe. Berl. klin. Wochenschr., 1898, No. 26.*
Büttner, *Polizeiärztliche Untersuchungen über das Vorkommen von Gonokokken im weiblichen Genitalsekret. Petersburger mediz. Wochenschr., 1892.*
Bumm, *Die Mikroorganismen der gonorrhoischen Schleimhauterkrankungen (Gonococcus Neisser), Wiesbaden 1887.*
Derselbe, Ueber die Tripperansteckung beim weiblichen Geschlecht und ihre Folgen. Münchener mediz. Wochenschr., 1891, No. 50.
Butte, *Einfluß der internationalen Ausstellungen auf den Gesundheitszustand der Prostituierten in Paris. Annales de thér. derm. et syph., Bd. 1, 1901, Heft 4.*
Calmann, *Die Diagnose und Behandlung der Gonorrhöe beim Weibe. Dermatol. Zeitschr., 1899, S. 433.*
Charpy, *Des organes génitaux externes chez les prostituées. Annales de dermatol. et de syph., 1870.*
Commenge, *Hygiene sociale: La prostitution clandestine, Paris 1897.*
Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes: I. Brüssel 1899, II. Brüssel 1902. (Rapports préliminaires, Communications, compte rendu des séances; enthalten u. a. wichtige Arbeiten von **Blaschko, Finger, Jadassohn, Neisser, Wolff** *etc.)*
Dufour, *Geschichte der Prostitution, Berlin.*
Eckstein, *Die Prostitutionsfrage, Leipzig 1891.*
Enquêtes sur l'état de la prostitution et la fréquence de la syphilis et des maladies vénériennes dans les différents pays, publiées par Dubois-Havenith, Brüssel 1899.
Fedorow, *Die Prostitution in St. Petersburg und deren polizeiärztliche Beaufsichtigung. Arch. f. Dermatol. u. Syph., 1893.*
Festschrift zum I. Kongreß der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Frankfurt a. M. 1903.
Fiaux, *La prostitution „cloitrée": Les maisons de femmes autorisées par la police devant la médecine publique, Paris 1902.*
Flatten, *Ueber die mikroskopische Untersuchung der Sekrete bei der sanitätspolizeilichen Kontrolle der Prostituierten. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Mediz. und öffentl. Sanitätswesen, 1893, Suppl. S. 91.*
Flesch, *Prostitution und Frauenkrankheiten. Hygien. und volkswirtschaftl. Betrachtungen, Frankfurt a. M. 1898.*
Flesch und **Wertheimer,** *Geschlechtskrankheiten und Rechtsschutz. Betrachtungen vom ärztlichen, juristischen und ethischen Standpunkte, Jena 1903.*
Focke, *Die Prostitution in ethischer und sanitärer Beziehung. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, 1888, S. 121.*
Fraenkel, *Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Münchener med. Wochenschr., 1903, S. 1617.*
Frank, J. P., *System einer vollständigen medizinischen Polizei, Mannheim 1780.*
v. Foller, *Statistische Notizen über die ärztliche Tätigkeit bei der Berliner Sittenpolizei. D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 18, 1886, S. 238.*
Derselbe, Statistisches zur Berliner Sittenpolizei. Ibidem, Bd. 23, 1891, S. 297.
Freudenberg, *Sollen die Prostituierten auf Blenorrhöe untersucht und behandelt werden? Deutsche Medizinalzeitung, 1898.*
Garnier et **Wahl,** *Contribution à l'étude médico-légale des imbécilles prostituées et vagabondes. Gazette des hôpitaux, 1901, No. 87.*

Gauer, *Ueber Gonokokkenbefunde beim Weib. Festschrift für Lewin, 1895.*
Giraud, *La prostitution à Lyon. Annales d'hygiène publique, 1890, S. 319.*
Gruber, *Die Prostitution vom Standpunkte der Sozialhygiene aus betrachtet, Wien 1900.*
Guiard, *Die öffentliche Prophylaxe der venerischen Krankheiten durch antiseptische Immunisierung der Prostituierten. Annal. de dermatol., 1901, S. 1037.*
Gumpertz, *Welche Punkte hat die Gonorrhöeuntersuchung der Prostituierten zu berücksichtigen und wie ist sie auszuführen? Wiener klin. Rundschau, 1900, S. 813.*
Guttstadt, *Die Verbreitung der venerischen Krankheiten in Preußen, sowie die Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Krankheiten, Berlin 1901.*
Hammer, *Ueber Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart und die praktische Bedeutung des Gonococcus. Archiv für Dermatol. u. Syph., Bd. 38.*
Hanauer, *Die Bekämpfung der sexuellen Infektionskrankheiten. Eine Aufgabe des Staates und der Gesellschaft, Frankfurt a. M. 1903.*
Hansen *und* ***Heiberg***, *In welchem Alter findet man die meisten Ansteckungen von Syphilis? Arch. f. Dermatol. und Syph., Bd. 63.*
Hegar, *Der Geschlechtstrieb, Stuttgart 1894.*
Henne am Rhyn, *Prostitution und Mädchenhandel, Leipzig 1903.*
Hirsch, *Verbrechen und Prostitution als soziale Krankheitserscheinungen, Berlin 1897.*
Hofacker, *Die polizeiärztliche Untersuchung der Prostituierten gemäß der Ministerialverfügung vom 13. Mai 1898 über die Ueberwachung der Prostitution. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med., 1900, S. 126.*
Holst, *Zur Geschichte der Prostitutionsfrage in Norwegen. Deutsche Vierteljahrsschr. f. Gesundheitspflege, Bd. 19, 1897, S. 285.*
Hoppe-Seyler, *Der neue Pavillon für venerische Frauen in Kiel. Ein Beitrag zur Frage der zweckmäßigen Unterbringung derselben in Krankenhäuser. Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 19, 1897, S. 300.*
Hülsmeyer, *Staatsbordelle; praktische Lösung der Prostitutionsfrage, Hagen 1892.*
Jadassohn, *Bericht über eine zum Studium der Prostitution und der Prophylaxe der venerischen Krankheiten unternommenen Reise. Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 26, 1894, S. 143.*
Derselbe, Ueber Immunität und Superinfektion bei chronischer Gonorrhöe. Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 43.
Jadassohn *und* ***Schmid***, *Prostitution und venerische Krankheiten, Bern 1900.*
Jahresberichte über die Verwaltung des Medizinalwesens, die Krankenanstalten etc. der Stadt Frankfurt a. M.
Jesionek, *Ein Beitrag zum Studium der Prostitutionsfrage. Münch. med. Wochenschr., 1902, S. 828.*
Jessner, *Zur Prostitutionsfrage. Monatshefte f. prakt. Dermatol., Bd. 15, S. 553.*
Joseph, *Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. Handbuch der Prophylaxe, München 1900.*
Jullien, *Betrachtungen über die anorektale Blennorrhagie beim Weibe. Festschrift f. Lewin, Berlin 1895.*
Kade, *Kurpfuscherei und Geschlechtskrankheiten. Zeitschr. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Bd. 2.*
Kampffmeyer, *Das Wohnungselend der Großstädte und seine Beziehungen zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und zur Prostitution. Zeitschr. zur Bekämpf. der Geschlechtskrankheiten, Bd. 1, 1903.*
Key, *Ueber Liebe und Ehe, Berlin 1905.*
Klein, *Die Gonorrhöe des Weibes, Berlin 1896.*
Koch, *Ueber das Ulcus vulvae. Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 34.*
Kollm, *Mitteilungen über einige im Sommer 1897 auf der ärztlichen Station der Abteilung für Sittenpolizei des kgl. Polizeipräsidiums zu Berlin ausgeführte Untersuchungen. D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, 1898, S. 731.*
I. Kongreß der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Frankfurt a. M. 1903.
Kopytowski, *Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Gonokokken und anderen Bakterien im Sekret der Cervix uteri scheinbar gesunder Prostituierter. Arch f. Dermatol. u. Syph., Bd. 32, 1895.*
Derselbe, Ueber Gonokokkenbefunde im Genitalsekret der Prostituierten. Ibidem, Bd. 45, 1898.
Kromayer, *Zur Austilgung der Syphilis. Abolitionistische Betrachtungen über Prostitution, Geschlechtskrankheiten und Volksgesundheit nebst Vorschlägen zu einem Syphilisgesetz, Berlin 1898.*
Kühn, *Womit sind die ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche im Deutschen Reiche wirksam zu bekämpfen? D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, 1904, S. 408.*

Lanz, *Ueber den diagnostischen Wert der mikroskopischen Untersuchung der weiblichen Genitalsekrete. Allg. med. Centralzeitung, 1896, No. 68.*

Lappe, *Statistische Beiträge zur Blenorrhöe der Prostituierten. Allg. med. Centralztg., 1897, No. 7.*

Lassar, *Die gesundheitsschädliche Tragweite der Prostitution, eine sozialmedizinische Betrachtung, Berlin 1892.*

Laurent-Montanus, *Prostitution und Entartung. Ein Beitrag zur Lehre von der geborenen Prostituierten, Freiburg i. Br. 1903.*

Lesser, *Ueber die Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Klinisches Jahrbuch, Bd. 13, 1904.*

Levin, *Ueber Herpes bei Frauen und seine Beziehung zur Menstruation. Deutsche med. Wochenschr., 1900, No. 17.*

v. Liszt, *Der strafrechtliche Schutz gegen Gesundheitsgefährdung durch Geschlechtskranke. Zeitschr. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Bd. 1, 1903.*

Lochte, *Ueber den praktischen Wert des mikroskopischen Gonokokkennachweises bei Prostituierten. Monatshefte f. prakt. Dermatol., Bd. 27.*

Derselbe, Mikroskopische Gonokokkenbefunde bei alten und bei gefangenen Prostituierten. Monatshefte f. prakt. Dermatol., Bd. 33 (1901), S. 335.

Löblowitz, *Frauenasyle, eine hygienische Studie. D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 32, 1900, S. 566.*

Lombroso *und* **Ferrero,** *Das Weib als Verbrecherin und Prostituierte. Deutsch von Kurella, Hamburg 1894.*

Majer, *Ueber die Verbreitung der venerischen Krankheiten und die Prostitutionsfrage in Bayern. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin, 1873, S. 128.*

v. Marschalko, *Ist die Gonorrhöe der Prostituierten heilbar? Berl. klin. Wochenschr., 1902, No. 15.*

Miehe, *Ueber den Einfluß der Kasernierung der Prostitution auf die Ausbreitung der Syphilis. Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 31 u. 32, 1895.*

Miller, E., *Die Prostitution. Ansichten und Vorschläge auf dem Gebiet des Prostitutionswesens, München 1892.*

Moeller, *Ueber Polikliniken für venerisch kranke Frauen. Bull. de la Soc. intern. de prophyl., 1902, No. 1.*

Moraglia, *Neue Forschungen auf dem Gebiete der weiblichen Kriminalität, Prostitution und Psychopathie, Berlin 1897.*

de Morsier, *La police des mœurs en France, Paris 1901.*

Müller, F. W., *Die Prostitution in Deutschland am Ende des 19. Jahrhunderts. Histor.-kritische Darlegung der Notwendigkeit einer diesbezüglichen Reform, Regensburg 1892.*

Neisser, *Ueber die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituiertenuntersuchung. Deutsche med. Wochenschr., 1890, S. 834.*

Derselbe, Welchen Wert hat die mikroskopische Gonokokkenuntersuchung? Berl. klin. Wochenschr., 1893, No. 29.

Derselbe, Ueber die Gonorrhöebehandlung Prostituierter. Berl. klin. Wochenschr., 1898, S. 218.

Derselbe, Nach welcher Richtung läßt sich die Reglementierung der Prostituierten reformieren? Zeitschr. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Bd. 1.

Neumann, *Sklerosen der Portio vaginalis. Wiener klin. Wochenschr., 1898, No. 14.*

Derselbe, Dauer der Kontagiosität der Syphilisprodukte. Wiener med. Presse, 1899, No. 1.

Niebergall, *Ueber Provokation der Gonorrhöe beim Weibe. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 2.*

Noeggerath, *Die latente Gonorrhöe im weiblichen Geschlecht, Bonn 1872.*

Oberländer, *Ueber Veränderungen der Vaginalschleimhaut von an chronischer Gonorrhöe leidenden Prostituierten. Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syph. 1888.*

Pappritz, *Die wirtschaftlichen Ursachen der Prostitution, Berlin 1903.*

Parádi, *Ueber die Behandlung der Uterusgonorrhöe bei Prostituierten. Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 65, 1903.*

Parent-Duchatelet, *La prostitution dans la ville de Paris, 1857, 3. Aufl.*

Derselbe, Die Prostitution in Paris. Eine sozialhygienische Studie. Bearbeitet und bis auf die neueste Zeit fortgeführt von Dr. G. Montanus, Freiburg. i. Br. 1903.

v. Petersen *und* **Stürmer,** *Die Verbreitung der Syphilis, der venerischen Krankheiten und der Prostitution in Rußland, Berlin 1899.*

Pfeiffer, *Das Wohnungselend der großen Städte und seine Beziehungen zur Prostitution und den Geschlechtskrankheiten. Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Bd. 1, 1903. (Enthält wichtiges Literaturverzeichnis.)*

Proksch, *Die Literatur über die venerischen Krankheiten von den ersten Schriften über Syphilis aus dem Ende des 15. Jahrhunderts bis zum Beginne des Jahres 1889 systematisch zusammengestellt, Bonn 1889—1891.*

Derselbe, I. Supplementband enthaltend die Literatur von 1889—1899 und Nachträge, Bonn 1900.

Prowe, *Gonorrhöe und Prostitution. Berl. klin. Wochenschr., 1901, S. 1142.*

Raff, *Zur Statistik der tertiären Syphilis. Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 36, S. 7.*

Regnault, *De l'évolution de la prostitution et plus spécialement de la maison de tolérance. Importance au point de vue de la réglementation. La France médicale, 1892, No. 35—38.*

Ribbing, *Die sexuelle Hygiene und ihre ethischen Konsequenzen. Drei Vorträge, Stuttgart.*

Richard, *La prostitution à Paris. Annales d'hygiène publ., 1890, S. 385.*

v. Rosthorn, *Ueber die Folgen der gonorrhoischen Infektion bei der Frau. Prager med. Wochenschr., 1892, No. 2.*

Runderlasse des kgl. preuß. Ministers der geistl. etc. Angelegenheiten und des Innern, s. Veröffentl. des kaiserl. Gesundheitsamtes (Berlin), 1898, S. 962; 1901, S. 376, 377.

Saalfeld, *Die Strafbarkeit der Uebertragung von Geschlechtskrankheiten. Ein Beitrag zur Bekämpfung derselben, Berlin 1902.*

Sänger, *Die Tripperansteckung beim weiblichen Geschlecht, Leipzig 1889.*

Derselbe, Ueber residuale Gonorrhöe. Verhandl. der Frankfurter Naturf.-Vers., 1896.

Schiller, *Kommen auf den Schleimhäuten der Genitalorgane der Frau Gonokokken vor, ohne daß klinische Erscheinungen von Blennorrhöe vorhanden sind? Berl. klin. Wochenschr., 1899, No. 41.*

Schiller, F., *Fürsorgeerziehung und Prostitutionsbekämpfung. Zeitschr. z. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Bd. 2, 1904.*

Schmidtmann, *Die internationale Konferenz zu Brüssel im Jahre 1899 und die in Preußen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten seither getroffenen Maßnahmen. Hygien. Rundschau, 1901, S. 1029.*

Schmölder, *Die Bestrafung und polizeiliche Behandlung der gewerbsmäßigen Unzucht, Düsseldorf 1892.*

Derselbe, Staat und Prostitution, Berlin 1900.

Scholz, *Ueber Tripper und die zur Verhütung seiner Ausbreitung geeigneten sanitätspolizeilichen Maßregeln. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., 1891, S. 355; 1892, S. 129.*

Schrank, *Die Regelung der Prostitution in Madrid. D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, 1899, S. 521.*

Derselbe, Die amtlichen Vorschriften betr. die Prostitution in Wien in ihrer administrativen, sanitären und strafgerichtlichen Anwendung, Wien 1899.

Derselbe, Vorschläge zur Eindämmung der schädlichen Folgen der Prostitution. Allg. Wiener med. Ztg., 1903, No. 32 ff.

Schultz, *Beitrag zur Pathologie und Therapie der Uterusgonorrhöe. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol., Bd. 40.*

Schulz, *Neue Bahnen im Geschlechtsverkehr. Ein Beitrag zur Lösung der Prostitutionsfrage, Berlin 1901.*

Silber, *Womit sind die ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche in Deutschland wirksam zu bekämpfen? Preisschrift, Leipzig 1902.*

Sonnenburg, *Die Bremer Kontrollstraße, ein Beitrag zur Kasernierung der Prostituierten. Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 38, S. 77.*

Sperk, *Theorie der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik und ihre Anwendung zur Untersuchung der Prostituierten und Syphilitischen. Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph., 1886.*

Derselbe, Oeuvres complètes, syphilis, prostitution. Études médicales diverses avec préface du Dr. Lanceraux. Traduites du russe, Paris 1896.

Stenglein, *Die polizeiliche Reglementierung der Prostituierten. Der Gerichtssaal, 1903, Heft 3.*

Ströhmberg, *Die Prostitution, Stuttgart 1899.*

Derselbe, Die Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten im Deutschen Reich, Stuttgart 1903.

Derselbe, Das Dorpater Ambulatorium für Prostituierte. Russisches Journal f. Haut- und venerische Krankheiten, 1901.

Derselbe, Die gemischte stationär-ambulatorische Syphilisbehandlung der Dorpater Prostituierten. Ibidem, 1902/1903.

Strohl, *Zur Prostitutionsfrage. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. u. öffentl. Sanitätswesen, Bd. 24, 1876.*

Tarnowsky, B., *Prostitution und Abolitionismus, Hamburg und Leipzig 1890.*

Derselbe, Lutte contre la syphilis. Ann. d'hyg. publ., 1897, S. 193.

Tarnowsky, P., *Étude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses, Paris 1889.*
Tschlenow, *Ueber die Beziehungen zwischen Elephantiasis vulvae und Syphilis. Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 65.*
Unna, *On herpes progenitalis especially in Women. Journ. of cutan. and vener. dis., 1883.*
Wälsch, *Ueber die Beziehungen zwischen Rektalstriktur und Elephantiasis vulvae und Syphilis. Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 59, 1902.*
Werner, *Ueber die Sterblichkeit und die Häufigkeit der hereditären Syphilis bei den Kindern der Prostituierten. Monatshefte f. prakt. Dermatol., Bd. 24, S. 183.*
Wertheim, *Die ascendierende Gonorrhöe beim Weibe. Arch. f. Gynäkologie, Bd. 42.*
Werther, *Ueber die Prostitution, speziell in Dresden. Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. 28 (1899), S. 181.*
Wildbolz, *Bakteriologische Studien über Gonococcus Neisser. Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 64, 1902. (Enthält Literaturverzeichnis.)*
Wolff, *Die venerischen Krankheiten und die Prostitution in Straßburg. Hygien. Topographie von Straßburg, 1889.*
Derselbe, Zur Statistik der venerischen Krankheiten. Arch. f. Dermatol. u. Syph. 1900. Ergänzungsband.
Wullenweber, *Zur Verbreitung der venerischen Erkrankungen in Kiel. Dissert. Kiel, 1898.*
Wwedensky, *Die Syphilis unter den Prostituierten der St. Petersburger Bordelle. Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 26, 1896.*
Zepler, *Ueber die Notwendigkeit einer Krankenunterstützung für Prostituierte und einige andere Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Berlin 1903.*
Siehe auch die Lehrbücher der Geschlechtskrankheiten und der Gynäkologie.

Register.

(Die Ziffern bedeuten die Seitenzahlen.)

Stellung und Aufgaben

des

Ammenuntersuchungsarztes.

Von

Dr. G. Schmalfuss,

Ammenarzt in Hamburg.



Jena,

Verlag von Gustav Fischer.

1905.

Inhalt.

I.

Geschichtlicher Ueberblick.

Während ärztliche Untersuchungen der Ammen wohl stattgefunden haben werden, seit es Aerzte und Ammen gibt, ist die Einrichtung amtlicher Ammenuntersuchungen noch nicht 100 Jahre alt. Am 10. Oktober 1822 erließ der Gesundheitsrat der Stadt Hamburg folgende Bekanntmachung (veröffentlicht in No. 242 der Privilegierten wöchentlichen gemeinnützigen Nachrichten von und für Hamburg vom 11. Oktober 1822):

„Da der Gesundheitrath nach dem 18. Artikel der Medizinal-Ordnung verpflichtet ist, allem, was auf das öffentliche und individuelle Gesundheitswohl Bezug hat, eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen; es aber bekannt genug ist, in welche große Verlegenheit nicht nur Eltern, sondern auch in welche Gefahr die Gesundheit und das Leben junger Kinder gesetzt werden könne, wenn nicht für moralisch und körperlich gesunde Säug-Ammen möglichst Sorge getragen wird; ein großer Theil der früheren Schwierigkeiten, eine behufige Aufsicht über das Ammenwesen zu organisiren, seit der Zeit aber wegfällt, daß eine besondere polizeyliche Aufsicht auf die Nachweisungs-Comptoire, durch die Verordnung vom 19. Juny d. J. angeordnet ist: so hat der Gesundheitrath diese Sache in Vereinigung mit der Polizey-Behörde in eine besondere Ueberlegung zu nehmen müssen geglaubt, deren Resultat ist:

1) daß den Nachweisungs-Comptoiren, die sich mit der Vermietung von Ammen befassen wollen, eine besondere Instruction über ihr Benehmen bey dieser Sache mitgetheilt, und sie verpflichtet werden, derselben Folge zu leisten, als wozu sie von der Polizey-Behörde werden angehalten werden;
2) daß die Namen der Nachweisungs-Comptoire, die sich mit dem Geschäft der Ammen-Vermiethung befassen wollen, öffentlich bekannt gemacht;
3) daß unter Direction der Physicorum ein Arzt angestellt worden, der die nähere Untersuchung derer, die Ammendienste suchen, kostenfrei beschafft;
4) daß dieser Arzt diejenigen Ammen, die er nach vorausgegangener Untersuchung zum Ammendienst fähig hält, mit einem von ihm unterschriebenen Atteste ihrer Fähigkeit versehe, welches nur für drey Tage gültig sein darf und bey einer späteren Anbringung der Ammen jedesmal für drey Tage erneuert werden muß.

Indem der Gesundheitrath dieses öffentlich anzuzeigen nicht verfehlt, bemerkt er zu gleicher Zeit, daß Herr Dr. BAETCKE, wohnhaft in der Altstädter Fuhlentwiete No. 34, unter Direction der Physicorum die Bemühung eines Ammen-Arztes übernommen hat, und des Morgens von 8—9, des Nachmittags aber von 1—2 Uhr die Untersuchung der Ammen, die sich bey ihm zum Ammendienst melden werden, vornehmen wird. Es werden daher diejenigen Nachweisungs-Comptoire, die sich mit der Vermiethung von Ammen befassen, in Gemäßheit der von ihnen bey der Polizey-Behörde übernommenen Verpflichtung hiemit aufgefordert, diejenigen Ammen, denen sie einen Ammendienst zu verschaffen sich beschäftigen, zur Untersuchung an Herrn Dr. BAETCKE zu senden, und wird derselbe überdies denen, die nähere und speciellere Nachrichten über einzelne Personen zu haben wünschen, solche gern mündlich ertheilen, auch denjenigen, die sich direct an ihn wenden, von ihm untersuchte Ammen durch die Nachweisungs-Comptoire nachweisen.

Indem der Gesundheitrath sich von Zeit zu Zeit über den Erfolg dieser Einrichtung Bericht erstatten und sonst die Vervollkommnung derselben sich angelegen seyn lassen wird, bemerkt er, um Mißverständnisse zu vermeiden, daß es vor wie nach einem jeden Einwohner freysteht, sich selbst eine Amme auf seine Gefahr zu verschaffen, daß aber von den Nachweisungs-Comptoiren keine andere zum Ammendienst empfohlen werden darf, als die mit einem Untersuchungs-Atteste versehen ist.“

Hamburg war somit die erste Stadt Deutschlands und, soweit es mir festzustellen möglich war, der ganzen Welt, in der der Ammenuntersuchungsdienst von der Behörde organisiert wurde, und sie ist auch in Deutschland die einzige Stadt geblieben.

Interessant und für die damaligen Anschauungen charakteristisch ist die aus demselben Jahre stammende Instruktion für den Ammenarzt, die ich deshalb noch ausführlich folgen lasse:

Instruction für den Ammenarzt.

§ 1. Derselbe hat täglich an den Wochentagen von 11—12 Uhr in seiner Wohnung die von den Ammenmüttern oder sonst ihm zugeführten Ammen zu untersuchen; auch außer der Zeit, außer seinem Hause das Erforderliche vorzunehmen, um über alles zur möglichsten Gewisheit zu kommen.

§ 2. Er hat darauf zu achten: ob die Ammenmutter oder die Vermiether derselben die ihnen auferlegten Verpflichtungen hinsichtlich der Erkundigungen über die Amme und die nöthigen Zeugnisse pünktlich erfüllt haben und ihre Register in Ordnung halten, sowie überhaupt die Aufsicht über das Benehmen dieser Frauen, und ihre weitere Belehrung ihm besonders anheim fallen. Sowie das ganze Institut unter Ober-Aufsicht der Herren Physicorum steht, so hat der anzunehmende Ammenarzt in zweifelhaften Fällen sich an diese zu wenden.

§ 3. Bey der oft unüberwindlichen Schwierigkeit, eine vollkommen gute Amme ausfindig zu machen, muß es ihm besonders am Herzen liegen, so viel als möglich der nöthigen Kenntniß der Person, für die er ein Zeugniß ausstellt, nahe zu kommen suchen und sich dabei die allgemeinen und besonderen Erfordernisse einer guten Säugamme gegenwärtig halten. Zu den ersten gehören Kinderliebe, Nüchternheit, Freiseyn von heftigen Leidenschaften, ein wohlgewachsener, gutgenährter Körper ohne Krankheitsanlage und irgend eine Spur ansteckender Krankheit; sie muß nichts durchaus widriges haben und ohne übelriechende Ausdünstung seyn. Die Brüste müssen mäßig groß, derbe und mit guter Milch reichlich angefüllt sein und hervorstehende, verhältnißmäßig große, reizbare Warzen haben. Diesen reihen sich erst die besonderen Erfordernisse an, wohin Alter, Konstitution, Temperament, die Zahl der bereits gebohrenen Kinder, die Zeit der Niederkunft und das Verhältniß zu dem neuen Säugling zu rechnen sind.

Einem solchen Bilde das zur Untersuchung gegebene Individuum anzupassen, erfordert, um die wesentlichen Abweichungen wohl zu unterscheiden, daß die Untersuchung der Amme mit Umsicht und so viel als möglich genau angestellt werde, und sie erstreckt sich daher sowohl auf das Persönliche der Amme und ihre Milch, als auch auf ihr Kind, dessen Aechtheit besonders zu bemerken, und von den Ammenmüttern und Vermiethern, und wenn die Amme keine mitbringt, von dem Ammenarzte verantwortet werden soll.

§ 4. Bey der Untersuchung der Ammen selbst hat der Arzt das Zartgefühl rechtlicher Frauen ebenso sehr zu schonen, als die Dreistigkeit frecher Dirnen zu beachten, und dagegen auf seiner Huth zu seyn. Daher muß, wo es ihm nöthig scheint, diese Untersuchung in Gegenwart der Ammenmutter aufs ausführlichste vorgenommen werden. Wo bei verdächtigen Individuen das Aussehen und die Untersuchung der Haut, des Gesichts und der Haare, der Mund- und Nasenhöhle, sowie der Brüste nicht ausreicht, müssen auch die Leistengegend und die Geschlechtstheile untersucht werden, wie überhaupt nicht verheirathete Ammen dieser Untersuchung immer unterworfen werden müssen. Die Stimme und Wäsche ergeben nicht selten wichtige Aufklärung.

§ 5. Außer diesen wird der Arzt sich nach Möglichkeit über Temperament und Konstitution Aufklärung zu verschaffen bemüht sein, die Haut besonders berücksichtigen und sich von dem Daseyn oder der Anlage zu solchen Krankheiten, die das Stillen gänzlich untersagen, in Kenntniß setzen. Dahin gehören hauptsächlich Drüsenkrankheiten, Hautausschläge, Nerven- und auszehrende Krankheiten, eigentliche Gicht, Blutflüsse, Lustseuche, auch Fluor albus benignus u. s. w.

§ 6. Die nöthigen Erfordernisse einer guten Milch, sowie die Resultate, die aus der Untersuchung des Kindes für die Tauglichkeit einer Amme herzunehmen, sind zu bekannt und bleiben der Einsicht des Ammenarztes ohne weitere Erinnerung gänzlich überlassen.

§ 7. Die brauchbar befundenen Ammen erhalten einen Schein, der nach dem bestimmten Formular auszufüllen ist und unentgeldlich ausgestellt wird, sowie die Untersuchung ebenfalls unentgeldlich ist. Dieser Schein ist wegen der möglichen Veränderung in der Gesundheit der Person nur auf drey Tage gültig und muß, um ferner gültig zu seyn, nach von neuem angestellter Untersuchung immer auf drey Tage erneuert werden.

§ 8. Im Falle, daß die Auffütterung der Kinder in eigenen Instituten möglich zu machen seyn wird, oder diese aufzufütternden Kinder sonst unter Aufsicht gestellt werden, ist der Ammenarzt ohne weiteres verpflichtet, die Aufsicht darüber nach den Vorschriften des Gesundheitraths zu übernehmen.

§ 9. Alle Vierteljahr muß der Ammenarzt den Herren Physicis zur Mittheilung an den Gesundheitrath einen Bericht über den Fortgang dieses Institutes einliefern, und außerdem noch jährlich einen Generalbericht ablegen, auch den Herren Physicis wenigstens alle drey Monate, und sonst so oft es von ihnen verlangt wird, einen Bericht vorlegen, den ich mit größter Genauigkeit zu führen verspreche.

§ 10. Von Seiten des Gesundheitraths und des Ammenarztes findet eine dreymonatliche Aufkündigung dieser Stelle statt, auch wenn das jetzt provisorische Institut auf längere Zeit sollte beliebt werden.

§ 11. Für diese Bemühungen erhält der zu wählende Ammenarzt von dem Gesundheitrath jährlich 400 Mark Banco und zwar von Michaelis 1822 an, die ihm alle Vierteljahre mit 100 Mark Banco ausbezahlt werden.

Nachdem ich Endesunterschriebener von dem Gesundheitrathe zum Ammenarzt erwählt bin, so verspreche ich an Eydesstatt auf Pflicht und Gewissen dieser Instruction, oder dem, was mir sonst nach gemachter Erfahrung etwa noch vom Gesundheitrath vorgelegt werden wird, bestens nachzukommen.

Die Befolgung obiger Verordnung scheint später häufig von den Mädchenvermieterinnen und den Nachweisungscomptoiren vernachlässigt zu sein, denn 1837 setzt die Polizeibehörde eine Strafe von 5 Thalern fest für jeden Kontraventionsfall „und bleiben die Vermiether und Vermietherinnen außerdem für den dadurch entstandenen Nachtheil verantwortlich“.

Später fanden die für die Ammen geltenden Bestimmungen in dem § 11 der Verordnung in Bezug auf das Gesinde vom 5. Januar 1881 Aufnahme, der lautet:

§ 11. Säugammen dürfen nicht in Dienst treten, ehe ihr Gesundheitszustand von dem amtlichen Ammenarzt untersucht worden. Sie erhalten zu diesem Zweck einen auf drei Tage gültigen Erlaubnisschein.

Der Wortlaut des polizeilichen und des ärztlichen Erlaubnisscheines war folgender:

No. .... (Stadtwappen) Gültig für drei Tage.

Der Vorzeigerin ....

....

deren Legitimationspapiere in Ordnung sind, ist es gestattet, einen Ammendienst anzunehmen, nachdem sie von dem angestellten Ammenarzte für gesund erklärt worden.
Dieselbe hat jedoch in den nächsten drei Tagen eine Dienstkarte zu lösen.
Hamburg, den .... 18........

Die Polizeibehörde.

No. .... aus dem Nachweisungscomptoir von .... No. ....
im Dienst bei ....

Die ....
geboren den ....ten .... 18........ aus ....
entbunden den ....ten .... 18........ von dem ....ten Kinde ist von mir genau untersucht auf ihre Qualifikation als Amme und als solche tauglich befunden.
Hamburg, den ....ten .... 18.........
(Datum der Untersuchung).

Gültig auf drei Tage.

Dr. ....

Ammenarzt.

erneuert den ....ten
erneuert den ....ten
erneuert den ....ten

Bemerkungen:

Jahresberichte über die Ergebnisse der Ammenuntersuchungen in Hamburg waren erst vom Jahre 1842 an aufzufinden. Vom Jahre 1842 bis Juli 1853, in denen noch der erste Ammenarzt die Untersuchungen ausführte, fanden 5567 Untersuchungen statt [1]), 2573 Ammen waren gut und wurden ohne weiteres für tauglich erklärt, 1728 werden als zweifelhaft bezeichnet, davon 1584 wegen mutmaßlichen Milchmangels, 1266 werden für untauglich erklärt, davon 848 wegen sicher bestehenden Milchmangels, 220 wegen ansteckenden Ausschlags (Krätze und ähnlichem, nur bei 4 aus den Jahren 1851 und 1852 ist Syphilisverdacht verzeichnet), 198 wegen verschiedener Gründe (wunde Warzen, Beinschaden, Rhachitis u. s. w.).

Niemals wird Lungenleiden als Hinderungsgrund erwähnt, eine Untersuchung der Lungen scheint bis zum Jahre 1853 nicht vorgenommen zu sein.

Mit dem Amtsantritt eines neuen Ammenarztes wurde eine neue Instruktion erlassen, aus der hier einzelne Paragraphen folgen mögen:

§ 3. Hinsichtlich der moralischen Eigenschaften der Ammen hat der Ammenarzt die beigebrachten Zeugnisse zu prüfen; bei Untersuchung des körperlichen Zustandes derselben muß er sich stets vergegenwärtigen, daß die Ammen den Arzt zu

1) Die Jahre 1847, 1848, 1850, aus denen Berichte nicht aufzufinden waren oder wegen Kriegsnöten gar nicht zur Ablieferung gekommen sind, sind nicht mitgerechnet.

täuschen suchen, namentlich in Hinsicht auf den Reichtum von Milch, und es muß daher seine Sorge sein, durch ein genaues Examen den wahren Sachverhalt möglichst festzustellen.

§ 4. Die Untersuchung der Ammen erstreckt sich daher auf den allgemeinen Gesundheitszustand, den Habitus, den Zustand des Knochengebäudes, der Haut, des Mundes, der Zähne, der Achselhöhle, des behaarten Teiles des Kopfes, des Afters, der Genitalien, der Brüste, der Warzen und der Milch. — Die genaue Untersuchung der Genitalien in Fällen, wo irgend verdächtige Symptome obwalten, mittelst des Speculum, ist unerläßliche Bedingung bei jeder Ammenuntersuchung. Bei Untersuchung der Milch muß der Ammenarzt auf diejenigen leicht zu ermittelnden physikalischen und chemischen Kennzeichen achten, welche die Wissenschaft als zuverlässig anerkennt, und namentlich durch das Mikroskop die Milch auf ihren Reichtum an Butterkügelchen und die etwaige Anwesenheit von Colostrumkügelchen, Eiter und Blut zu prüfen.

§ 7. Alle Jahre hat der Arzt den geburtshilflichen Mitgliedern des Gesundheitrates, unter dessen spezieller Aufsicht derselbe steht und dem zu jeder Zeit die Einsicht in sein zu führendes Protokoll freisteht, einen Bericht über das Ammenwesen der Stadt und Vorstädte mitzuteilen, worin die Zahl der angestellten Ammen, das häufige Vorkommen entweder guter oder schlechter Ammen und sonstige Bemerkungen über das Institut angeführt werden. Außerdem wird in diesem Berichte auch ein Gutachten von ihm gewünscht über die einzelnen Vermieterinnen, inwiefern dieselben den eingeführten Anordnungen nachgekommen sind oder nicht, um dieselben nötigenfalls auf diese Weise höheren Ortes zur Rechenschaft ziehen zu lassen.

Die Ammen waren verpflichtet, glaubwürdige Zeugnisse über ihren Charakter beizubringen.

Der damals gebräuchliche Erlaubnisschein hatte folgenden Wortlaut:

No. .... aus dem Nachweisungscomptoir von .... No. ....

Die Vorzeigerin dieses Scheines ....

.... aus ....

.... Jahre alt, ist von mir untersucht, sie hat gute gesunde Milch, ist sonst völlig gesund und hat, soweit die Erkundigungen ergeben, auch die moralischen Eigenschaften, die zu einer guten Säugamme erfordert werden, so daß sie zu diesem Geschäft empfohlen werden kann.

Hamburg, den .... 18........

Dr. ....

Ammenarzt.

erneuert den ....ten
erneuert den ....ten
erneuert den ....ten

Gültig auf drei Tage.

In den Jahresberichten 1853/54 klagt der neuangestellte Ammenarzt sehr über die Schwierigkeiten, die ihm von allen Seiten in den Weg gelegt würden, er habe nicht geglaubt, daß ihm ein solcher Kampf gegen Unverstand und bösen Willen bevorstehe. Als charakteristisch mögen folgende Sätze wörtlich angeführt werden:

„Dazu kam die Opposition gegen die Untersuchung der Genitalien, die denn auch von unverständigen Leuten unterstützt wurde, welche sie namentlich bei verheiratheten Frauen — die ja nebenbei in der Mehrzahl der Fälle unehelich geschwängert, kurz vor der Geburt durch die Kirche in den Stand der Ehe befördert waren — für die Schamhaftigkeit verletzend, also unmoralisch erklärten.

Was die guten Menschen wohl gesagt hätten, wenn sie eine von den 3 mit sekundärer Syphilis, oder den 9 mit Filzläusen behafteten Ehefrauen für ihre Säuglinge bekommen hätten? Ob dann wohl von der Nachlässigkeit des Ammenarztes, oder von der hohen, die Schamhaftigkeit keuscher Frauen nicht kränken wollenden Moralität desselben die Rede gewesen wäre?"

Von Juli 1853 bis Ende April 1890 hat derselbe Ammenarzt die Stelle verwaltet; er hat in den beinahe 37 Jahren 37293 Ammen untersucht, von denen 35628 für tauglich erklärt wurden, 1665 wurden als untauglich zurückgewiesen und zwar wegen Syphilis und Verdacht auf überstandene Syphilis 741, wegen Tuberkulose und Skrofulose 65, wegen wunder Warzen, Abscesse etc. 317, wegen Milchmangels und ähnlichem 167, aus verschiedenen Gründen 375.

Außerdem wurden noch 18932 wiederholte Untersuchungen vorgenommen bei Stellenwechsel oder bei solchen Ammen, die zunächst wegen Ungeziefer oder dergleichen vorläufig zurückgewiesen waren. Die größte Zahl von Untersuchungen in einem Jahre betrug 1369 erste, 465 wiederholte Untersuchungen.

Es sind also fast 4,5 Proz. der Ammen für untauglich erklärt, fast 2 Proz. wegen Syphilis.

Am 1. Mai 1890 wurde dem Verfasser dieses die Stelle als Ammenarzt übertragen; es wurden mehrfach einschneidende Aenderungen der Instruktion vorgenommen, die Protokollführung sowie die zur Verwendung kommenden Formulare wurden geändert, es wurde eine Wärterin zur Hilfeleistung bei den Untersuchungen angestellt (1. Dez. 1890), die Untersuchungen selbst, die bis dahin in der Privatwohnung des Ammenarztes stattgefunden hatten, finden seit 13. Februar 1891 in amtlichen Räumen statt. Seit dem 18. Januar 1900 untersteht das Ammenwesen der Polizeibehörde, während der Ammenarzt bis dahin der Medizinalbehörde unterstanden hatte.

II.

Die amtliche Ammenuntersuchung in Hamburg.

a) Gesetzliche Unterlagen für dieselbe.

An Stelle der im geschichtlichen Ueberblick erwähnten Verordnung in Bezug auf das Gesinde ist seit 1899 die Dienstbotenordnung getreten, die, soweit sie sich auf das Ammenwesen bezieht, in folgendem abgedruckt ist:

Dienstbotenordnung.

Der Senat hat in Uebereinstimmung mit der Bürgerschaft beschlossen und verkündet hierdurch als Gesetz, welches an einem vom Senat zu bestimmenden und öffentlich bekannt zu machenden Tage in Kraft tritt, was folgt:

§ 4. Voraussetzung für Ammen-Dienstverträge.

Ammen dürfen nicht in Dienst genommen werden und nicht in Dienst treten, bevor der amtliche Ammenarzt bescheinigt hat, daß ihr Gesundheitszustand den Anforderungen eines derartigen Dienstes entspricht. Soweit es sich um einen Dienst im Gebiet der Landgemeinden handelt, genügt eine bezügliche Bescheinigung des betreffenden Distriktsarztes, bezw. im Gebiete der Landherrenschaft Ritzebüttel des Amtsphysikus. Diese Bescheinigung, welche nur während eines Zeitraumes von drei Tagen Gültigkeit hat, ist bei der polizeilichen Anmeldung für den Dienst mit vorzulegen.

§ 40. Abgesehen von etwaigen nach den allgemeinen Strafgesetzen verwirkten Strafen wird mit Geldstrafe bis zu M. 30, welche im Unvermögensfalle in Haftstrafe bis zu acht Tagen umzuwandeln ist, bestraft:

6



1) ein Dienstbote, welcher ohne gesetzliche Ursache und böswillig den Dienstantritt verweigert oder den Dienst verläßt oder den Vorschriften des § 4 .... zuwiderhandelt;
2) eine Dienstherrschaft, welche dem § 4 ..... zuwiderhandelt.

Die Bestrafung wegen Uebertretung der Dienstbotenordnung tritt, abgesehen von der Verfolgung auf Grund § 4 ..... nur auf Antrag ein, welcher innerhalb 14 Tagen zu stellen ist. Die Zurücknahme des Antrags ist bis zur rechtskräftigen Straffestsetzung zulässig.

Gegeben in der Versammlung des Senats, Hamburg, 7. Dezember 1898.
In Kraft getreten 15. April 1899.

Der Senat ist zum Erlaß der Dienstbotenordnung berechtigt gemäß Art. 95 des Einführungsgesetzes zum bürgerlichen Gesetzbuch, wo es heißt: „Unberührt bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften, welche dem Gesinderecht angehören."

Ferner gehört hierher folgende

Bekanntmachung, betreffend den Gebührenschragen der Polizeibehörde vom 30. Mai 1895.

No. 71, für ammenärztliche Untersuchung und desfallsiges Attest M. 3.—.

In der neuen Dienstbotenordnung ist die im § 11 der früheren Verordnung vorgeschriebene „Erlaubnis, einen Ammendienst anzunehmen", die die Polizeibehörde erteilte (siehe Geschichtlichen Ueberblick), nicht wieder mit aufgenommen, „weil die Erlaubniserteilung Unzuträglichkeiten für die Behörde und auch für das Publikum mit sich führte" und die Polizeibehörde eine weitgehende Verantwortlichkeit übernahm, was vermieden werden sollte.

b) Die Stellung des Ammenarztes in Hamburg, die ihm erteilte Instruktion und die daraus sich ergebende Aufgabe der amtlichen Untersuchung und ihre spezielle Ausführung.

Der Ammenarzt ist fest angestellter, pensionsberechtigter Beamter, wird als solcher vereidigt und bezieht ein Gehalt von 2400 M.

Die Dienstanweisung für den Ammenarzt vom 1. Juli 1900 lautet:

§ 1. Stellung und Aufgabe.

Der Ammenarzt, welcher von dem Polizeiherrn ernannt wird und der Abteilung I[1]) der Polizeibehörde untersteht, hat die Aufgabe, Personen auf ihre Tauglichkeit zum Ammendienst zu untersuchen und über den Befund eine Bescheinigung auszustellen.

§ 2. Voraussetzungen der Tätigkeit.

Die Amme hat dem Ammenarzt folgende Bescheinigungen vorzulegen:
1) einen glaubhaften Nachweis über ihr Alter,
2) einen glaubhaften Nachweis über das Alter ihres Kindes,
3) eine Quittung der Polizeibehörde über die Zahlung der Gebühr von 3 M.,
4) einen vollständig ausgefüllten Fragebogen (Schema a), welcher entweder von einem hiesigen Vermieter oder, wenn die Vermittelung eines solchen nicht in Anspruch genommen ist, von der Amme selbst unterschrieben sein muß.

Die Scheine 1—3 werden der Amme nach der Untersuchung zurückgegeben, der unter 4 erwähnte Fragebogen wird zurückbehalten und dem Einwohnermeldebureau eingeliefert.

1) Zurzeit, Oktober 1903, ist das Verhältnis des Ammenarztes zur Polizeibehörde folgendermaßen geregelt: Er untersteht für seine Person, ebenso wie die übrigen der Polizeibehörde angehörigen Aerzte, dem Polizeidirektor, hat sich demnach in persönlichen Angelegenheiten unmittelbar an diesen zu wenden, während er seine übrigen amtlichen Berichte an die zuständige Abteilung VI, Gesundheitspolizei, richtet.

§ 3. Die Untersuchung.

Die Untersuchung der Amme hat sich zu erstrecken auf:
1) den allgemeinen Gesundheitszustand,
2) die Beschaffenheit des Knochengerüstes,
3) die gesamte Hautoberfläche und Brüste,
4) die Mund- und Nasenhöhle,
5) die Brustorgane,
6) die Genitalien.

Ob der Ammenarzt eine Untersuchung mit dem Spekulum vornehmen will, bleibt seinem pflichtmäßigen Ermessen vorbehalten; besonders kann diese Spekularuntersuchung in den ersten 6 Wochen nach der Entbindung, falls es dem Ammenarzt wegen der Beschaffenheit des Introitus oder der Vaginalwände wünschenswert erscheint, unterbleiben.

Ueber das Ergebnis der Untersuchung ist ein Protokoll (Schema b) aufzunehmen.

§ 4. Zulassung.

Der Ammenarzt hat der für tauglich befundenen Amme eine Bescheinigung (Schema c) auszustellen, die aber nur 3 Tage Gültigkeit hat und erneuert werden muß, wenn sie nach dieser Zeit eine Stelle antritt.

Zum Zwecke der Erneuerung hat der Ammenarzt die Untersuchung, soweit er es für erforderlich hält, zu wiederholen, nachdem von der Amme die von der Polizeibehörde erneuerte Quittung vorgelegt worden ist.

§ 5. Unbedingte Zurückweisung.

Der Ammenarzt hat das Recht, Ammen aus ärztlichen Gründen zurückzuweisen (Schema d).

Unbedingt Zurückzuweisen sind Personen, welche
1) syphilitisch oder syphilisverdächtig,
2) mit Tripper oder weichem Schanker behaftet sind,
3) an Kehlkopf-, Lungen-, Drüsen-, Knochen-, Gelenk- oder Hauttuberkulose leiden,
4) krebskrank,
5) zuletzt vor mehr als Jahresfrist entbunden sind,
6) an Mastitis leiden (s. § 6[4]).

Unbedingt zurückgewiesene zum zweiten Male zu untersuchen ist der Ammenarzt nicht verpflichtet.

§ 6. Vorläufige Zurückweisung.

Vorläufig zurückweisen (Schema e) kann der Ammenarzt u. a. Personen, welche
1) unreinlich oder mit Ungeziefer behaftet sind,
2) ein ausgedehnteres Ekzem und ein örtliches Ekzem oder einen anderen Hautausschlag an den Brüsten aufweisen,
3) an der Brustwarze ein Geschwür oder an beiden Brustwarzen Schrunden haben,
4) an oberflächlicher, voraussichtlich schnell heilender Mastitis leiden.

§ 7. Allgemeine Vorschriften.

Zur Vornahme der Untersuchung hat der Ammenarzt an jedem Wochentage zu einer von der Polizeibehörde festgesetzten Zeit Sprechstunde im amtlichen Untersuchungslokal im Stadthause abzuhalten.

In eiligen Fällen ist er auch verpflichtet, an Sonn- und Festtagen vormittags zu einer von ihm zu bestimmenden Zeit Untersuchungen vorzunehmen, falls ihm Ammen zur Untersuchung am Tage vorher angemeldet werden.

Bedarf er wegen Erkrankung, Erholung oder dergl. eines Urlaubs, so hat er solchen von der Polizeibehörde zu erwirken, welche für seine Vertretung sorgen wird.

Bei sonstigen vorübergehenden Verhinderungen hat er einen von der Polizeibehörde genehmigten Vertreter zu stellen.

Jährlich bis zum 1. Februar hat er der Polizeibehörde einen Bericht über seine amtliche Tätigkeit im verflossenen Jahre einzureichen. Außerdem hat er die in seinen Geschäftskreis fallenden im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Medizinalverwaltung erforderlichen Untersuchungen und Maßnahmen nach den Anweisungen des Medizinalrats auszuführen und ihm darüber — auch unaufgefordert — zu berichten (§ 14 Abs. 5 der Medizinal-Ordnung).

Hamburg, den 1. Juli 1900.

Der Senator und Polizeiherr.
gez. . . . .

Anlagen.

Schema a

(auf weißem Papier).

Auskunft für die Polizeibehörde

über eine Person, welche Ammendienst sucht.

1. Name: ...
2. Tag und Ort ihrer Geburt: ...
3. Wohnung: ...
4. Ist sie verheiratet? ...
   Wie heißt ihr Mann? ...
   Wo wohnt er? ...
   Was ist sein Gewerbe? ...
   Ist er mit der Vermietung einverstanden? ...
   Lebte sie bisher mit ihm zusammen? ...
5. Ist sie geschieden? ...
6. Ist sie Witwe? Seit wann? ...
7. Leben ihre Eltern noch? ...
   Wie heißen sie? ...
   Wo wohnen sie? ...
   Was ist ihr Gewerbe? ...
8. Ist der Vater tot? ... Wann starb er? ...
   An welcher Krankheit starb er? ...
   Ist die Mutter tot? ... Wann starb sie? ...
   An welcher Krankheit starb sie? ...
9. Wie oft hat die Amme geboren? ...
   Wieviel rechtzeitige Geburten? ...
   Wieviel Fehl- oder Frühgeburten? ...
   Wieviel Kinder leben? ... Wieviel sind gestorben? ...
   Wo sind die lebenden Kinder? ...
10. Ist sie schon Amme gewesen? ...
    Wie oft? ...
    Wann und wo? ...
    Wie lange jedesmal? ...
11. Welche Krankheiten hat sie durchgemacht? In welchem Jahre? ...
    ...
    ...
    ...
    Ist sie jetzt völlig gesund? ...
12. Wann ist sie früher in Hamburg gewesen? ...
13. Was war sie bisher? ...
14. Wann erwartet sie entbunden zu werden? ...
15. Wann ist sie zuletzt entbunden? ...
    Wo hat sie ihr Wochenbett gehalten? ...
    Wo befindet sich das zuletzt geborene Kind? ...
    Hat sie seit der Entbindung schon ein Kind gestillt, und wie lange? ...
16. Welche Ausweise führt sie bei sich? ...
    Ihren eigenen Geburtsschein? ...
    Den Geburtsschein ihres letztgeborenen Kindes? ...
    Zeugnis der Dienstherrschaft? ...
    Welche anderen Scheine? ...
    ...
    ...

Daß die vorstehenden Angaben mir von der ... persönlich gemacht und nach meiner Ueberzeugung der Wahrheit gemäß sind, bescheinige ich hiermit.

Hamburg, den ... 190....

..., Gesindevermieter,

wohnhaft: ....

Schema b
(auf weißem Papier).

Jahrgang: 19 — Fortlaufende No. — Littera und No. der Dienstkarte:
Familienname:
Vorname: — Frühere Journalnummer:
Frau (F.), Geschiedene Frau (G.), Witwe (W.), ledig (L.)? — Spätere do.
Geboren am 18
Geburtsort: — Vater der Amme lebend: tot:
Wohnort: — frühere Kinder: lebend: tot:
Das wievielte Kind: — Mutter der Amme lebend: tot:
Geburtstag des letzten Kindes:
Name des Ammenvermieters:
Name und Adresse der Herrschaft:

Status:		Erste Untersuchung	Wiederholte Untersuchung
	Datum der Untersuchung:		
Allgemeines:	Groß (g), mittelgroß (m), klein (k)?		
	Reichlicher Panniculus (r), mittlere Ernährung (m), mager (a).		
	Gesunde Gesichtsfarbe		
	Anämie oder Chlorose		
Kopf:	Behaarter Teil: Läuse		
	Alopecie		
	Papeln, Schorfe o. Pusteln		
	Narben		
	Haargrenze: Papeln oder Acne		
	Narben		
	Gesicht: Acne		
	Papeln		
	Rhagade des Nasenwinkels .		
	Pigmentierung der Nasenwinkel		
	Rhagade des Mundwinkels .		
	Auge: Cornealnarben		
	Trachom		
	Pupillendifferenz		
Hals:	Leukoderma		
	Geschwollene Occipital-Drüsen		
	„ Aurikular- „		
	„ Cervikal- „		
	„ Submaxillar- „		
	„ Submental- „		
	Drüsennarben		
	Struma		
Brust und Rücken:	Maculöses Exanthem . . .		
	Acne		
	Ekzem		
	Papeln		
	Pityriasis versicolor		
	Narben, pigmentierte . . .		
	„ nicht pigmentierte .		
	Mammae: Schlecht entwickelte Warze .		
	Schrunden		
	Ekzem und Intertrigo . . .		
	Mastitis		
	Narbe		
Arme und Hände:	Geschwollene Axillardrüsen .		
	„ Cubital- „		
	Scabies		
	Ekzem		
	Papeln		
	Psoriasis der Streckseite . .		
	„ „ Beugeseite . .		
	Narben		
Mund:	Gaumendefekt		
	Papeln an Tonsille oder Gaumen		
	Hypertrophie der Tonsille .		
	Tonsillen zerklüftet		
	Angina		



			Erste Untersuchung	Wiederholte Untersuchung
	Zunge:	belegt		
		Papel		
		Ulceration		
		Plaques opalines		
	Wangen- und Lippenschleimhaut:	Papel		
		Stomatitis		
	Zähne:	defekt		
		Künstliches Gebiß		
	Stimme:	heiser		
Herz:		Geräusch über der Spitze		
		„ „ „ Aorta		
Lungen:		Rechte Spitze: Katarrh		
		Linke „ Katarrh		
		An einer andern Stelle Katarrh		
		Zeichen von Pleuritis		
Oberschenkel:		Papel		
		Psoriasis		
		Narben		
Unterschenkel:		Papel		
		Psoriasis		
		Narben		
		Stärkere Varizen		
		Tophi der Tibien		
Füße:		Papel zwischen den Zehen		
		Psoriasis plantaris		
Leib:		Besteht irgendein Hautausschlag		
		Narben		
		Geschwollene Inguinaldrüsen		
		Bubonennarben		
	Mons Veneris:	Papeln		
		Acne		
		Pediculi pubis		
Introitus vaginae:		Fluor (f) lochial. (l) sanguin. (s)		
		Menses		
		Narben der Umgebung		
		Erosionen		
		Ulcerationen		
		In Heilung begriffene Risse		
		Spitze Kondylome		
		Papeln und breite Kondylome		
		Gonorrhöe der Harnröhre		
		Eitriges Sekret oder Absceß der Barthol.-Drüse		
		Narbe einer Barthol.-Drüse		
		Herpes		
		Intertrigo		
		Ekzem		
Anus und Umgebung:		Narben		
		Papeln oder Kondylome		
		Fissur		
		Hämorrhoiden		
Gegend des Kreuzes:		Narben		
Touchieren:		Carcinom der Portio		
		Gravidität		
		Exsudat		
Specularuntersuchung:		Erosion der Portio		
		Kolpitis gonorrh.		
		Ulcera		
		Sonstige Abweichungen vom normalen Befund		
Ergebnis:		Zugelassen:		
		vorläufig zurückgewiesen		
		endgültig zurückgewiesen		
Bemerkungen:				
Unterschrift des untersuchenden Arztes:				

Schema c

(auf weißem Papier).

Die Polizeibehörde Hamburg.

Abteilung VI (Gesundheitspolizei).

No. ....

Hamburg, den .... 19.....

Aerztliche Bescheinigung.

Die ....
geboren am .... zu ....
ist am .... 19...... von dem ......ten Kinde entbunden worden.

Da sie beabsichtigt, hier einen Dienst als Amme anzutreten, habe ich sie heute ärztlich untersucht und dabei irgend welche Zeichen dafür, daß sie für den Ammendienst körperlich untauglich sei, nicht gefunden.

Diese Bescheinigung hat nur drei Tage Gültigkeit.

Der Ammenarzt.

Nach dem Ergebnisse wiederholter Untersuchungen wird diese Bescheinigung erneuert am .... 19..... ....
....

Der Ammenarzt.

Ferner erneuert am .... 19..... ....
....

Der Ammenarzt.

Ferner erneuert am .... 19..... ....
....

Der Ammenarzt.

Schema d

(auf rotem Papier).

Die Polizeibehörde Hamburg, Abteilung VI.

No. ....

Hamburg, den .... 19.....

Die ....
ist von mir auf ihre körperliche Tauglichkeit als Amme untersucht und als untauglich befunden worden. Eine nochmalige Untersuchung findet nicht statt.

Der Ammenarzt.

Schema e

(auf grünem Papier).

Die Polizeibehörde Hamburg, Abteilung VI.

No. ....

Hamburg, den .... 19.....

Die ....
ist von mir auf ihre körperliche Tauglichkeit als Amme untersucht und vorläufig zurückgewiesen.

....

....

Sie kann sich nach Heilung, etwa nach .... Tagen zur Wiederholung der Untersuchung noch einmal vorstellen. Dieser Schein ist dabei wieder vorzulegen.

Der Ammenarzt.

Außerdem sind noch folgende Formulare im Gebrauch:

1) Die im § 2 No. 3 der Instruktion erwähnte Quittung der Polizeibehörde (Anlage 1);

2) Erläuterungen (Anlage 2). Dieselben sind für das Publikum bestimmt und sind auf der Rückseite der Schemas a und c abgedruckt.

Anlage 1

(auf rotem Papier).

Die Polizeibehörde Hamburg.

No. ....

Hamburg, den .... 190.....

Empfangsschein.

Für die ammenärztliche Untersuchung der ....

....
geboren den .... 18......... zu ....
und Erteilung einer ärztlichen Bescheinigung ist die Gebühr von Drei Mark (Pos. 71 des Gebührenschragens der Polizeibehörde vom 31. Mai 1895) heute hier bezahlt worden.

Abteilung VI (Gesundheitspolizei).

Anlage 2

(auf weißem Papier).

Erläuterungen.

1. Nach § 4 der Dienstbotenordnung dürfen Säugammen nicht in Dienst genommen werden und nicht in Dienst treten, bevor der amtliche Ammenarzt bescheinigt hat, daß ihr Gesundheitszustand den Anforderungen eines derartigen Dienstes entspricht. Die Nichtbeachtung dieser Vorschrift zieht, abgesehen von etwa sonst verwirkten Strafen, eine Geldstrafe bis zu 30 M. nach sich. Anmeldungen zum Ammendienst sind bei Abteilung VI der Polizeibehörde im Stadthause anzubringen.

2. Die ammenärztliche Bescheinigung, welche sich lediglich über die körperliche Tauglichkeit ausspricht und über die sittliche Befähigung keine Auskunft gibt, hat nur drei Tage Gültigkeit und muß, wenn die Bewerberin erst nach Ablauf der drei Tage Stellung findet, vor Antritt der Stelle nach nochmaliger ammenärztlicher Untersuchung erneuert werden. Die Bescheinigung ist bei der polizeilichen Anmeldung für den Dienst dem Einwohnermeldebureau mit vorzulegen.

3. Für die Bescheinigung ist eine Gebühr von 3 M. im voraus bei der Anmeldung an die Abteilung VI gegen Empfangsschein zu entrichten. Für jede weitere Untersuchung ist die Gebühr nochmals zu zahlen, wenn die Bewerberin nach Ausstellung der letzten Bescheinigung eine Stellung angetreten hatte.

4. Die amtlichen Untersuchungen finden an jedem Wochentage (Festtage ausgenommen) um $9^{3}/_{4}$ Uhr vormittags im Stadthause, Zimmer 9 (Eingang Neuerwall) statt. In eiligen Fällen werden auch daselbst an den Vormittagen der Sonn- und Festtage Untersuchungen vorgenommen, wenn die Bewerberinnen sich zur Untersuchung am Tage vorher während der Untersuchungszeit im Amtszimmer des Ammenarztes angemeldet haben. Untersuchungen zu anderer Tageszeit oder in der Privatwohnung des Ammenarztes werden nicht vorgenommen.

5. Die Bewerberinnen haben zu den Untersuchungen am ganzen Körper (auch an den Füßen) rein und frei von Ungeziefer zu erscheinen und vorzulegen:

a) den Empfangsschein über die Zahlung der Gebühr;
b) die vollständig und richtig ausgefüllte und unterschriebene „Auskunft über Personen, die einen Ammendienst suchen“;
c) einen glaubhaften Nachweis über ihr Alter (Tauf-, Geburts-, Meldeschein, Dienstbuch oder dergl.),
d) den Geburts- und Taufschein ihres Kindes.

Ohne Vorlage der unter a und b gedachten Scheine wird keinesfalls untersucht. Von der Vorlage der unter c und d erwähnten Scheine kann nur in eiligen Fällen vorläufig abgesehen werden, wenn ein Schein von dem Hausarzt der Familie, die mieten will, vorgelegt wird, daß eine Verzögerung der Ammenannahme das Kind in Gefahr bringt, und die Herrschaft oder der Ammenvermieter sich schriftlich verpflichtet, die fehlenden Papiere binnen 8 Tagen dem Ammenarzt nachzuliefern.

Bei der wiederholten Untersuchung braucht nur der letzte ärztliche Erlaubnisschein und der Schein über die Gebührenzahlung vorgelegt zu werden.

Hamburg, den 1. Mai 1903. Der Polizeidirektor:
Dr. Roscher.

Aus obiger Dienstanweisung folgt, daß der Ammenarzt in jedem Fall eine genaue Untersuchung der Amme vom Kopf bis zu den Füßen vorzunehmen hat; damit dies auch bei starkem Andrang dauernd gleichmäßig gut geschehen kann, ist es notwendig, daß die Untersuchung möglichst bei Tageslicht in hellem Raume stattfindet, es muß außerdem eine Wärterin zur Verfügung stehen, die die nebensächlichen, aber zeitraubenden Verrichtungen zu besorgen hat, das Waschwasser zurecht macht, die Schalen und Instrumente reinigt und bereit hält, die zu untersuchende Amme zum Aus- und Anziehen veranlaßt u. s. w. Daß diese scheinbaren Nebensächlichkeiten für einen dauernd ordnungsmäßigen Betrieb von größter Bedeutung sind, hat Verfasser in den ersten 7 Monaten seiner amtlichen Tätigkeit erfahren, in denen er, dem früheren Gebrauch entsprechend, die Untersuchung ohne Wärterin in seiner Privatwohnung vornehmen mußte. Es kamen damals Tage vor, an denen 12—18 Ammen zu untersuchen waren; daß das zu den größten Mißständen führen mußte, war klar, eine Abhilfe war dringend notwendig, wurde von der vorgesetzten Behörde nach Darlegung des Sachverhalts auch sofort geschaffen. Aber noch eine, meiner Ansicht nach sehr wichtige Funktion hat die Wärterin zu versehen, sie dient als Zeugin. Ist eine solche bei der Untersuchung nicht anwesend, so ist böswilligen Denunziationen Tür und Tor geöffnet. Selbstverständlich muß eine gut beleumundete, zuverlässige, nicht schwatzhafte Person gewählt werden. Meine Wärterin ist die Frau eines Wärters, die selbst jahrelang als Krankenschwester in einem größeren Kranken-

haus tätig war. Sie ist ohne festen Kontrakt angestellt und bekommt von der Polizeibehörde einen monatlichen Lohn von 40 M.

Zweckmäßig ist es, bei der Untersuchung einer jeden Amme stets denselben Gang der Untersuchung innezuhalten, man ist dann am sichersten, nichts zu übersehen. Während ich die Personalien in das Protokoll und das Register eintrage und die vorgelegten Papiere kontrolliere, sorgt die Wärterin dafür, daß die Amme den Oberkörper bis zur Taille entblößt; dann wird der Hals zunächst angesehen, ob Pigmentverschiebungen (Leukoderma), Struma, Drüsennarben oder sichtbar geschwollene Drüsen vorhanden sind, hierauf werden Cervikal-, Submaxillar- und Occipitaldrüsen palpiert, das Gesicht auf Hautausschläge, die Augen auf Lidrandentzündung, Narben der Cornea, Pupillendifferenz und eventuell Reaktion der Pupille, die Mundwinkel und Nasenöffnungen auf Rhagaden und Ulcerationen, die Nase auf Ozaena, die Nasolabialfalten auf stärkere Pigmentierungen oder Abschuppungen, die Kopfhaut an der vorderen Kopfhälfte und speziell die Haargrenze auf nässende oder mit Borken bedeckte Stellen, Papeln und acneartige Ausschläge untersucht, ebenso auf Kopfläuse und deren Nisse; es folgt der rechte Arm, genaue Inspektion der Achselgegend (Pediculis pubis), der Beuge- und Streckseite des Armes und der Hand (Roseola, Papeln, Psoriasis, Narben), der Finger, Nagelgegenden und Zwischenfingerräume (Papeln, Scabies), Palpation der Cubital- und Axillardrüsen, dann Inspektion der vorderen Thoraxwand (makulöses — Roseola, Maculae caeruleae — papulöses, pustulöses Exanthem, pigmentierte und nicht pigmentierte Narben, Pityriasis versicolor), Inspektion und Palpation der Mammae (Absceß, Tumor, Milchreichtum, Intertrigo und Ekzem) und der Warzen (ob gut, mittelmäßig, schlecht, Hohlwarzen, Rhagaden, Ulcera), dann folgt der linke Arm, schließlich Hinterkopf, Nacken und Rücken; darauf folgt genaue Auskultation der ganzen Brustorgane und Perkussion, soweit nötig, dann genaue Inspektion des Mundes, der Schleimhaut, der Lippen (Anämie, Papeln), der Zunge, der Wangenschleimhaut, der Mandeln und des ganzen Rachens, bei bestehender Heiserkeit auch des Kehlkopfs, der Zähne, künstliche Gebisse müssen stets bei der Untersuchung herausgenommen werden. Während nun die Amme ihr Hemd wieder anzieht und alle übrigen Kleidungsstücke einschließlich Stiefel und Strümpfen auszieht, wird die erste Hälfte des Protokolls ausgefüllt. Die Fragen im Protokoll sind so gestellt, daß, von den ersten allgemeinen Fragen abgesehen, bei normalem, negativem Befund überall mit 0 = nein, bei Abweichungen von der Norm, bei positivem Befund an der betreffenden Stelle mit 1 = ja geantwortet wird, falls notwendig, wird der Befund außerdem genauer beschrieben. Nun legt sich die Amme auf den Untersuchungsstuhl, Taille und Bauchhaut wird inspiziert, die Drüsen der Leistengegend palpiert, dann beide Beine einschließlich Fuß, Fußsohlen und Interdigitalfalten angesehen, die Knochen der Tibien auf Auftreibungen, Verdickungen oder Auflagerungen befühlt, hierauf erfolgt genaue Inspektion der sorgfältig mit angefeuchteter Watte gereinigten äußeren Genitalien (Papeln, Narben, Pigmentierungen, Oedem, Sklerödem, Ulcera, Risse u. s. w.), der Harnröhrenmündung, der Ausführungsgänge der BARTHOLINschen Drüsen, dann erfolgt Ausstreichen der Harnröhre (Gonorrhöe) und Palpation der inneren Genitalien (Verlagerung, Tumoren, Exsudat, Gravidität), Einführung des Spekulums, von der ich nur Abstand zu nehmen pflege, wenn zart verheilte Risse

oder enger, noch sehr vulnerabler Introitus die Untersuchung verbietet, Inspektion der Portio uteri. Ich lasse dann die Amme heruntertreten, mir den Rücken zudrehen und sich nach vorn bücken; nach erfolgter Inspektion der Rückenhaut und der Glutäalgegenden werden die Hinterbacken auseinandergedrängt und die Crena ani, Anus nebst Umgebung genau inspiziert. Bei bestehenden Oedemen pflege ich zu katheterisieren und den Urin auf Eiweiß zu untersuchen. Hierauf wird das Protokoll abgeschlossen und der in Frage kommende Schein (s. oben Schema c, d, e) ausgefüllt.

Vor jeder Untersuchung erfolgt selbstverständlich genaue Reinigung der Hände mit heißem Wasser und Seife (ich benutze die flüssige Kaliglycerinseife von Bumcke-Berlin) und Abbürsten mit Lysol oder Lysoform, die gereinigten Spekula liegen dauernd in derselben Lösung, statt des Oels zum Schlüpfrigmachen der Finger für die innere Untersuchung benutze ich ebenfalls Lysoformlösung.

Wird die Untersuchung in dieser Weise gewissenhaft vorgenommen, so ist das Uebersehen von erkennbaren Krankheiten ausgeschlossen; daß trotzdem kranke und für den Säugling gefährliche Ammen durchschlüpfen können, werde ich noch mit Beispielen belegen.

Der Zweck der amtlichen Ammenuntersuchungen ist nun nicht, die Ammen zu sortieren und nur die besten Ammen zuzulassen, der Ammenarzt soll nur, soweit es möglich, diejenigen Ammen ausschalten, die nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse in gesundheitlicher Beziehung eine Gefahr für den Säugling bilden, er hat leider nicht das Recht, auch die moralische Gesundheit der Ammen bei der Abgabe seines Urteils in Betracht zu ziehen. Während in früheren Zeiten gerade die moralische Befähigung der Ammen eine große Rolle spielte, die Ammen genötigt waren, Leumundszeugnisse vorzulegen u. s. w. (s. geschichtl. Ueberblick), ist heute das Gegenteil der Fall, gemäß der jetzt gültigen Dienstbotenordnung ist heute weder Polizeibehörde noch Ammenarzt in der Lage, eine Amme, von der es aktenmäßig feststeht, daß sie gestohlen hat, daß sie im Zuchthause gesessen, daß sie jahrelang gewerbsmäßig Prostitution getrieben und unter Sittenkontrolle gestanden hat, nur deshalb zurückzuweisen. Ich bekomme in jedem derartigen Fall von der Polizeibehörde die Akte zur Kenntnisnahme, die Akte dient für mich nur zur Orientierung, zurückweisen darf ich nur, wenn körperliche Fehler es notwendig machen. Früher verweigerte die Polizeibehörde solchen Personen den Erlaubnisschein zum Dienen als Amme, es waren jährlich 10—12 Personen (1) (l. c. S. 100). Die praktische Bedeutung dieser durch die Gesetzgebung geschaffenen neuen Lage ist zwar nicht groß, da meist die in Frage kommenden Personen körperlich sehr mangelhaft sind und schon deshalb zurückgewiesen werden müssen, doch sind mir schon einzelne Fälle vorgekommen, in denen ich in argen Gewissenskonflikt geriet und moralisch absolut disqualifizierte Personen zulassen mußte.

c) Das Verhältnis der amtsärztlichen zur hausärztlichen Untersuchung.

Aus der oben präzisierten Aufgabe des Ammenarztes folgt, daß durch die amtliche Ammenuntersuchung der Hausarzt bei der Annahme einer Amme durchaus nicht etwa überflüssig wird, daß ihm

im Gegenteil noch viele Punkte zur Entscheidung übrig bleiben. Abgesehen davon, daß er, wie aus dem letzterwähnten Punkte hervorgeht, die Eltern des Säuglings auffordern muß, sich noch möglichst genau nach den Antecedentien der Amme zu erkundigen, was natürlich oft ein frommer Wunsch bleiben wird, wird er die Amme noch genau auf ihre Qualität untersuchen, in dringenden Fällen wird er eine mindergute Amme zulassen, deren Zulassung in nicht dringenden Fällen er verweigert, er wird Brüste, Warzen, Milchreichtum begutachten, wird, wenn er Wert darauf legt, chemische und mikroskopische Untersuchung der Milch vornehmen können, wird hereditäre Belastung der Amme festzustellen versuchen, die Familienverhältnisse der Amme, ihren bisherigen Wohnort, den Aufenthaltsort ihrer Eltern, des Bräutigams oder Mannes und ihrer Kinder in Erwägung ziehen, kann Alter, Aussehen, Benehmen und Gewandtheit mit in Anschlag bringen, wird, wenn irgend möglich, das Kind der Amme untersuchen, kurz es bleiben genügend Punkte, die der Hausarzt entscheiden muß. Die hausärztliche Untersuchung wird daher stets eine sehr wertvolle Ergänzung der amtlichen Untersuchung bilden.

III.

Kann die amtsärztliche Untersuchung ihre Aufgabe, die für die Säuglinge gefährlichen Ammen auszuschalten, sicher erfüllen?

Es unterliegt keinem Zweifel, daß eine Lungenphthise, die zu ausgedehnterem Katarrh, zu Verdichtungen oder Schrumpfungsprozessen in der Lunge oder zu Zerstörungen des Lungengewebes geführt hat, einer sorgfältigen Untersuchung nicht entgehen kann, ebenso kann eine floride Syphilis, ein bestehender Primäraffekt, ein makulöses, papulöses oder pustulöses Exanthem nicht übersehen werden. Diese leicht zu entscheidenden Fälle sind aber aus naheliegenden Gründen selten. Sehr viel schwerer sind die viel häufiger vorkommenden Fälle zu entscheiden, in denen wir es mit einer initialen Tuberkulose zu tun haben oder mit latenter Syphilis im sekundären Stadium, zumal wir für gewöhnlich schon auf Grund einer einmaligen Untersuchung eine endgültige Entscheidung treffen sollen, eine wiederholte Untersuchung nur selten, eine längere Beobachtung nie vornehmen können. Auf die Anamnese, die ich in allen Fällen (siehe auch Instruktion Schema a) erhebe, ist gar kein Verlaß, weder in Bezug auf die hereditären, noch auf die persönlichen Verhältnisse. Sobald der Amme die Vermutung kommt, daß ihre Annahme erschwert werden könnte, wenn die Eltern an Lungenleiden gestorben sind oder sie selbst an Katarrhen gelitten hat, und diese Vermutung wird ihr gewöhnlich bald beigebracht, so stellt sie schriftlich und mündlich meist alle derartige Vorkommnisse in Abrede, die Mutter ist an Schlaganfall gestorben, der Vater verunglückt, sie selbst immer kerngesund gewesen, nur in den allerseltensten Fällen wird dem Untersuchungs-



arzte von der Amme volle Wahrheit gesagt, eine Kontrolle ist unmöglich. Eine überstandene Syphilis ist mir immer erst eingeräumt worden, wenn ich es der Amme auf den Kopf zusagen konnte, meist wird auch dann noch geleugnet. Wir sind also in allen solchen Fällen fast stets nur auf den objektiven Befund angewiesen, und da kann man, was die Tuberkulose anbetrifft, meiner Ansicht nach in der Wertschätzung der geringsten, konstant nachweisbaren Aenderung in den Lungenspitzen nicht streng genug sein; ein bei jedem Inspirium nachweisbares scharfes, knackendes Geräusch vorn über einer Clavicula, ein weiches oder ein scharf klingendes Knisterrasseln über einer Spitze vorn oder hinten, das nach Hustenstoß nicht verschwindet, genügt auch bei sonst völlig negativem Befunde die Amme als tuberkuloseverdächtig und damit als untauglich erscheinen zu lassen. Daß der Untersucher sich nicht durch extrapulmonale Geräusche (Schulterknacken, Schluckgeräusch, durch das Stethoskop veranlaßtes Knacken, Haarknistern und ähnliches) täuschen läßt, setze ich als selbstverständlich voraus. Schwierig ist die Entscheidung, wenn man geringe relative Dämpfung einer Spitze, etwas rauhes Atemgeräusch, verlängertes Exspirium findet; sieht die Amme gleichzeitig blaß und wenig gesund aus, besteht Pupillendifferenz, findet man irgend welche Zeichen von Skrofulose oder ist die Anamnese verdächtig, so pflege ich die Amme zurückzuweisen, sieht die Amme dagegen frisch und gesund aus, ist der sonstige Befund völlig negativ, die Anamnese anscheinend unverdächtig, so pflege ich die Amme 8—14 Tage zurückzustellen und, falls sie wieder kommt, noch einmal zu untersuchen. Ist der Befund genau der gleiche oder noch verdächtiger, so weise ich zurück, anderenfalls lasse ich zu.

In ähnlicher Weise pflege ich bei Katarrhen, die an anderen Partien der Lungen lokalisiert sind, zu verfahren.

Daß sich trotz diesem strengen Vorgehen Fälle initialer Phthise oder disseminierter kleiner Herde der Erkenntnis entziehen können und sicher nicht selten entziehen werden, wird keinen Praktiker wundern.

Fast noch schwieriger kann gelegentlich die Entscheidung der Frage sein, ob die Ammen syphilitisch waren, und doch müssen wir uns hierüber in jedem Fall klar werden, da jede Person, die Syphilis gehabt hat, als dauernd untauglich zum Ammendienst zu betrachten ist ohne Rücksicht darauf, ob sie behandelt oder nicht behandelt ist, ob sie ein gesundes oder krankes oder totes Kind geboren hat, ob sie scheinbar geheilt ist oder ob sie sich im latenten sekundären, also infektiösen Stadium befindet oder ob sie über dies Stadium heraus ist.

Glücklicherweise hinterläßt die Syphilis nun in sehr vielen Fällen und besonders in solchen, die nicht vom ersten Beginn des Leidens an sorgfältig behandelt sind, und das trifft für Ammendienst suchende Personen meist zu, für die ersten und gefährlichsten Jahre nachweisbare Spuren, deren Deutung in vielen Fällen leicht und sicher, in anderen sehr schwierig, oft sogar unmöglich ist. Finde ich bei einer Person eine allgemeine Schwellung der Lymphdrüsen oder ein Leukoderma seitlich am Hals, am Nacken oder am vorderen Schulterabschnitt, runde Narben in der Umgebung des Anus, womöglich an korrespondierenden Stellen beider Seiten (Folgen von Abklatschpapeln), oder ebensolche an den Labien, so macht die Diagnose keine Schwierigkeit, in jedem solchen Fall ist die Amme selbstverständlich zurückzuweisen; ich rate auch im Gegensatz zu SCHLICHTER (2) (l. c. S. 51) in jedem Fall, in dem allein ein deutliches Leukoderma nachweisbar ist, die

Ammen für syphilisverdächtig anzusehen, ich würde wenigstens nicht den Mut haben, eine solche als gesund zuzulassen, zumal ich mehrfach sichere Fälle von Syphilis beobachtet habe, in denen zu gewisser Zeit das Leukoderma das einzige und alleinige Residuum darstellte.

Schwieriger zu entscheiden ist die Frage, wenn diese charakteristischen Residuen fehlen und nur weniger deutliche nachzuweisen sind, eine mäßige Alopecie, eine geringe Struma, hypertrophische, eigentümlich zerklüftete Tonsillen, pigmentierte Narben, bez. Pigmentflecke. Findet man mehrere dieser Stigmata gemeinschaftlich, z. B. zerklüftete Tonsillen, kleine Struma, Pigmentierungen an den Nasenwinkeln, geschwollene Cervikal- und Inguinaldrüsen, so ist die Entscheidung verhältnismäßig leicht, findet man aber z. B. nur zahlreiche pigmentierte Narben und einige Drüsenschwellungen, so kann die Frage sehr schwierig sein, da Ungeziefer, Kratzexanthem u. s. w. diese Erscheinungen hervorgebracht haben können. Auch da gibt es mancherlei Anhaltspunkte, die die Entscheidung erleichtern können; finden sich die Narben mehr an den Streckseiten der Extremitäten, sind streifenförmige Narben da, sind sie regellos angeordnet, so spricht das mehr dafür, daß sie Folgen von Kratzeffekten sind, sind die Narben auf die Beugeseiten beschränkt, finden sie sich auf symmetrischen Stellen des Körpers, Handteller, Fußsohlen, Grenzen der behaarten Kopfhaut oder sind sie kreis- oder halbkreisförmig angeordnet, so sind sie sehr suspekt.

Residuen der sog. tertiären Periode, Knochenauftreibungen, Narben von zerfallenen Gummata, Gaumenperforation, Zerstörung des Nasengerüstes sind eindeutig und brauchen nicht besprochen zu werden.

Besonders zu betonen ist noch, daß es Fälle gibt, in denen bei syphilitischen Personen im sekundären Stadium während der Zeit der Latenz auch nicht ein einziges Residuum nachweisbar ist. Ich habe auf der Abteilung für Syphiliskranke im hiesigen allgemeinen Krankenhause, auf der vor und im Beginn meiner amtlichen Tätigkeit zu arbeiten mir in der liberalsten Weise vom Oberarzt Herrn Dr. Engel-Reimers gestattet wurde, ziemlich zahlreiche derartige Fälle gesehen, auch Herr Dr. Palmer erwähnt in seiner aus obiger Abteilung stammenden Arbeit (5), daß es bei von Anfang der Erkrankung an behandelten Personen oft schwer sei, im Stadium der Latenz charakteristische Stigmata zu finden, und daß es auch sonst bei sehr vielen Syphilitischen von Ende des zweiten Jahres nach der Infektion an, falls nicht ein Leukoderma bestehe, ebenfalls sehr schwierig sei. Es folgt daraus, daß es in einer gewissen Anzahl von Fällen vollständig unmöglich ist, bei sicher Syphilitischen im Stadium der Latenz die Diagnose zu stellen.

Die Diagnose der Knochen- und Drüsentuberkulose, der Ozaena, maligner Geschwülste in Brust oder Bauch braucht hier nicht besprochen zu werden, nur auf die Diagnose von Abnormitäten des Nervensystems und der Psyche möchte ich noch mit einigen Worten eingehen; daß Epilepsie, hochgradigere Hysterie, beginnende Paralyse, Psychosen aller Art untauglich machen zum Ammendienst, ist selbstverständlich. Leider werden wir diese Krankheiten, da die Anamnese im Stich läßt, fast nie bei der Ammenuntersuchung konstatieren können, es müßten denn bestehende Pupillendifferenz und reflektorische Starre oder deutliche Geh- oder Sprachstörungen uns Anhaltspunkte geben.

Erwähnen möchte ich noch, daß Bezy-Toulouse in der Sektion für Kinderheilkunde auf dem XIII. internationalen Kongreß in Paris (12)

den Satz aufgestellt hat, daß Ammen mit Kröpfen gefährlich seien, er habe drei Fälle beobachtet, in denen Kinder, deren Nährmütter an Kropf litten, an Krämpfen starben. Er will diese Fälle als Tetanie infolge von Schilddrüsenvergiftung aufgefaßt wissen. Meines Erachtens berechtigt diese einzelne Beobachtung nicht dazu, alle Ammen mit Struma auszuschließen; noch kürzlich sah ich eine Amme mit einer Struma, die eine zweite Stelle annehmen wollte, da der Junge, den sie 6 Monate genährt hatte, 1 Jahr alt geworden war und nach Mitteilung des Vaters, eines Arztes, so kräftig und gesund war, daß Brusternährung nicht mehr notwendig war.

Daß meine oben angeführten Zweifel an der Leistungsfähigkeit unserer Diagnose, insbesondere bei Tuberkulose oder latenter Syphilis berechtigt sind, mögen einige eigene Beobachtungen beweisen.

a) Tuberkulose.

No. 4793. 22-jährige I-para. 26. Febr. 1894 entbunden.

Befund vom 16. April 1894. Grazile, gesund aussehende Person von mittlerer Ernährung. Kein Zeichen von Anämie, keine Drüsenschwellungen, nirgends Katarrh, überall normaler Befund. Am 2. Mai ebenso. Ist in Stellung als Amme, will 1. Sept. neue Stellung annehmen. Jetziger Befund: Abgemagert, r. Supraclavikulargrube etwas eingesunken. HO beiderseits Katarrh.

No. 7943. 21-jährige I-para. 10. Sept. 1898 Partus.

Befund vom 21. Okt. 1898. Gesunde Gesichtsfarbe, etwas blasse Schleimhäute, mittlerer Ernährungszustand. Keine Drüsenschwellung, Zunge rein, auch im übrigen völlig normaler Befund. Kommt in Stellung. 9. Nov. 1894. Anämisch. Ueber beiden Lungenspitzen vorn auf der Höhe des Inspiriums fast konstant Knacken.

b) Syphilis.

No. 1094. 21-jährige I-para. 11. Mai 1891 Partus, 8. Juni zugelassen. Es fand sich geringe Chlorose, einzelne Narben auf der Brust, Fluor; im übrigen völlig negativer Befund, speziell keine Drüsenschwellungen; sie fand nicht gleich eine Stellung, kam deshalb am 13. Juni zur wiederholten Untersuchung und wurde, da die eine Tonsille verdächtig aussah, zurückgestellt, am 22. Juni konstatierte ich eine deutliche Schleimpapel auf der linken Tonsille.

No. 3007. 24-jährige I-para. 6. Okt. 1892 Partus. 25. Okt. Gesundes Aussehen, Acne im Gesicht und auf der Brust, einzelne unverdächtig aussehende papelähnliche Stellen in der Gegend der rechten Axillarlinie, Narben und Varicen der Unterschenkel, etwas geschwollene Leistendrüsen links, in Heilung begriffener Dammriß, im übrigen negativer Befund; war nicht in Stellung, deshalb am 17. Nov. erneute Untersuchung. Es fanden sich schuppende Papeln an der hinteren Haargrenze, an Stirn und Kinn, am linken Nasenwinkel schuppende Stelle, Rhagade des rechten Mundwinkels, in den Achselgegenden nichts, am linken Vorderarm und der rechten Tonsille zweifelhafte Papeln, rechts Psoriasis plantaris, an den Labien undeutliche Papeln, in der Umgebung des Anus Papeln.

Sehr lehrreich sind auch folgende 2 Fälle:

No. 177. 22-jährige II-para. 3. Okt. 1900 Partus. Befund am 20. Okt. 1900. Noch anämisch aussehend, Schrunde der linken Brustwarze, Narbe an der rechten Mamma, einzelne Narben am Oberschenkel, zahlreicher am Unterschenkel. Varicen im r. Labium majus. Erosionen im Introitus, etwas Intertrigo. Inguinaldrüsen etwas geschwollen, besonders rechts. Zugelassen, fand noch keine Stellung. Am 27. Okt. erneute Untersuchung: r. Inguinaldrüse stärker geschwollen, am r. Labium majus vorn ein 1 cm im Durchmesser haltender deutlicher syphilitischer Primäraffekt.

No. 7372. 24-jährige I-para. 30. Juni 1897 entbunden.

Befund am 29. Juli 1897. Gesunde Gesichtsfarbe, Narbe auf der einen Wange, im übrigen nur noch einige weiße Narben auf der Bauchhaut und dem Kreuz. Nirgends Drüsenschwellung oder dgl., sie würde von mir als erstklassige Amme zugelassen sein, wenn ich nicht aus den mir zugegangenen Akten ersehen hätte, daß die Narbe auf der Wange von einem syphilitischen Primäraffekt stammte, dessentwegen sie 1891 im hiesigen allgemeinen Krankenhause behandelt war.

c) Krämpfe.

No. 7223. 27-jährige Witwe II-para. 3. April 1897 Partus, früher angeblich gesund. 26. April als sehr gute Amme zugelassen, 2. Mai wegen Krämpfen aus ihrer Stellung entlassen.

IV.

Hat trotz des nicht ganz sicheren Erfolges die zwangsweise amtliche Untersuchung ihre Berechtigung?

Wenn nun auch, wie ich oben gezeigt habe, unsere anwendbaren Untersuchungsmethoden nicht ausreichen, um mit Sicherheit alle für den Säugling eventuell schädlichen Ammen auszuschalten, so wäre es doch sicher unrichtig, daraus die Schlußfolgerung zu ziehen, daß nun die zwangsweise amtliche Untersuchung überhaupt zu verwerfen sei. Daß der Nutzen trotzdem ein recht großer ist, beweisen die Ergebnisse unserer Untersuchungen. Seit meinem Amtsantritt, dem 1. Mai 1890 sind bis zum 31. Dezember 1902 rund 10000 Ammen untersucht (genau 9763 erste, 3222 wiederholte Untersuchungen), von diesen wurden 11,2 Proz. als untauglich zurückgewiesen (1097 Personen) und zwar wegen:

Syphilis und Verdacht auf Syphilis	5,2 Proz.	(508 Personen),
Gonorrhöe, Condylomata acum., Ulcera mollia	1,3 „	(126 „),
Lungentuberkulose und Verdacht auf dieselbe	3,3 „	(326 „),
Skrofulose (Drüsen- und Knochentuberkul. u. ähnl.)	0,6 „	(61 „),
Verschiedenes	0,8 „	(76 „).

Unter Verschiedenem finden sich: allgemeine Schwäche und mangelhafte Entwickelung, Milchmangel (3 Personen), unbrauchbare Warzen, Mastitis, Ekzem, Psoriasis vulg., Stinknase, Otitis med. suppur., Nierenentzündung, Diphtheritis, Elephantiasis der Beine, bösartige Geschwülste, Verdacht auf bestehende Epilepsie, Lähmungen. Der Vollständigkeit halber möge hier noch von einem Jahre, 1893, die ausführliche Statistik Platz finden:

Es wurden untersucht zum ersten Mal:

1102 ledige Personen,
70 Frauen,
12 Witwen,
15 geschiedene, bezw. in Scheidung begriffene oder von ihrem Manne getrennt lebende Frauen,

1199 Personen; von diesen wurden

925 zugelassen,
155 vorläufig zurückgewiesen und zwar wegen

Unreinlichkeit	3,
Läusen	50,
Krätze	7,
Angina	6,
Bronchitis	8,
wunder Warzen, oberflächlicher Mastitis u. ähnl.	22,
verdächtiger Ulcerationen	18,
zunächst zweifelhaften Befundes (verdächtige Flecken, Papeln etc.)	27,
anderer Gründe	14,

119 endgültig zurückgewiesen und zwar wegen

Syphilis und Syphilisverdacht	41,
Condylomata acum. und Gonorrhöe	13,
Lungentuberkulose	49,
Drüsentuberkulose	7,
allgemeine Schwäche und mangelhafte Entwickelung	4,
anderer Gründe (Psoriasis simplex, operierter Ovarialtumor, kompletter Dammriß, Prurigo universalis, Chlorose mit Skoliose)	5.

Zum wiederholten Male wurden untersucht:

380 Personen, von diesen wurden
333 zugelassen,
31 vorläufig zurückgewiesen und zwar wegen

Läusen	4,
Angina	4,
wunder Warzen	4,
verdächtiger Ulcerationen	3,
zunächst zweifelhaften Befundes	9,
anderer Gründe	7,

16 endgültig zurückgewiesen und zwar wegen

Syphilis und Syphlisverdacht	9,
Condylomata acum., Gonorrhöe	5,
Lungentuberkulose	1,
Psoriasis simpl.	1.

Von den bei der wiederholten Untersuchung endgültig zurückgewiesenen waren 12 schon vorher vorläufig zurückgestellt, sind also nicht in Dienst gekommen, 4 waren zugelassen, die erste war 10 Monate in Stellung, zeigt jetzt zahlreiche Narben abgeheilter Pusteln, die zweite war am 8. Juni zugelassen, zeigte am 16. Juni verdächtige Stellen und wurde am 26. Juni als wahrscheinlich syphilitisch zurückgewiesen, die dritte war am 30. Januar zugelassen, hatte am 21. Februar Psoriasis simpl., die vierte war am 15. Mai zugelassen, hatte am 2. November eine sichere Gonorrhöe.

In Prozenten berechnet wurden

	bei der ersten Untersuchung	bei der wiederholten	Insgesamt
zugelassen	77 Proz.	87,6 Proz.	79,6 Proz.
vorläufig zurückgewiesen	13 „	8,2 „	11,8 „
endgültig zurückgewiesen	10 „	4,2 „	8,5 „

Selbst wenn man zugeben will, daß unter den Zurückgewiesenen sich manche befinden werden, die unverdienterweise zurückgewiesen sind, weil eben ein durch den Befund begründeter Verdacht schon den Grund zur Zurückweisung abgeben muß, der Verdacht aber nicht immer richtig zu sein braucht, so bleibt doch noch eine so große Zahl übrig, daß meines Erachtens über den Nutzen der amtlichen Untersuchung ein Zweifel nicht bestehen kann. Höchstens könnte die Frage aufgeworfen werden, ob nicht durch die privatärztliche Untersuchung derselbe Erfolg erzielt werden könnte. Wenn man die Sicherheit hätte, daß dieselbe wirklich in jedem Fall vor Annahme einer Amme ausgeführt würde — eine Sicherheit, die aber erfahrungsgemäß nicht besteht, denn das Publikum ist sehr geneigt, sich durch äußere Vorzüge einer Person, schönes, gesundes Aussehen, angenehmes Wesen, gute Familie, Empfehlungen u. ähnl. bestimmen zu lassen — so könnte man versucht sein, die Frage zu bejahen; doch wird mir jeder Praktiker bestätigen, daß es in der Privatpraxis, selbst bei gut situierten Familien, oft sehr schwer, fast unmöglich ist, eine so genaue Untersuchung der Amme vorzunehmen, wie es in der amtlichen Sprechstunde geschieht. In den meisten Fällen würde der Arzt aus angeblicher Rücksicht auf Amme und Kind in der Wohnung der Herrschaft zu untersuchen genötigt sein, und wie schwer es da ist, eine wirklich genaue Untersuchung vorzunehmen, brauche ich nicht auszuführen. Ich habe schon Fälle, wenn auch nur vereinzelt, gesehen, in denen der Hausarzt schon vor der amtlichen Untersuchung untersucht hatte, weil die ängstlichen Eltern ihr Kind für so gefährdet hielten, daß mit dem

Anlegen nicht bis zur amtlichen Untersuchungsstunde gewartet werden konnte, in denen ich dann trotzdem bei der Amme sehr bedenkliche Stigmata fand, die dem Hausarzt infolge der ungünstigen Untersuchungsverhältnisse entgangen waren, die aber eine Zurückweisung notwendig machten. Ich habe sogar einen Fall erlebt, in dem der gut empfohlenen Landamme, da sie wirklich besonders gesund und frisch aussah und anamnestisch völlig einwandfrei schien, vom Hausarzt nach Untersuchung der oberen Körperhälfte, die er aus äußeren Gründen allein vornehmen konnte, gestattet wurde, das Kind vorläufig anzulegen. Bei der Untersuchung der unteren Körperhälfte in der amtlichen Sprechstunde zeigten sich große und kleine Labien und Analgegend besät mit breiten Kondylomen. Die nach Konstatierung dieses Befundes erlangte Anamnese lautete dann allerdings auch anders, sie hatte vor etwa $1^1/_2$ Jahren im Krankenhaus wegen Syphilis eine Schmierkur durchgemacht.

V.

Eventuelle Verbesserungsvorschläge.

So wünschenswert es wäre, in jedem Fall auch sicheres über das Kind der Amme zu erfahren, dieses womöglich selbst zu sehen und zu untersuchen, ferner die Anamnese der Amme genau feststellen zu können, so wird man darauf doch verzichten müssen. Es ist das, wie die Verhältnisse liegen, nicht zu erreichen, wird auch nie zu erreichen sein.

Ebenso scheint es nach Lage der Gesetzgebung ausgeschlossen oder wenigstens sehr schwierig zu sein, die moralische Qualifikation der Amme mit heranzuziehen. Ich bin mit meinen dahin gehenden Bestrebungen wenigstens völlig gescheitert. Sehr beachtenswert ist in Bezug auf diesen Punkt das in Paris geübte Verfahren (siehe unten unter „Frankreich").

In Bezug auf die ärztliche Untersuchung habe ich Verbesserungsvorschläge nicht zu machen.

Wiederholte Untersuchungen der im Dienst befindlichen Ammen sind natürlich, so nützlich sie, rein theoretisch betrachtet, sein würden, nicht durchführbar, sie würden durch die dadurch bewirkte Beunruhigung aller Beteiligten sicher viel mehr schaden als nützen. Die von Dr. Petrini-Bukarest auf dem II. Brüsseler Kongreß nach dieser Richtung hin gemachten Vorschläge (13) bedürfen daher keiner ernsten Widerlegung, mögen aber, da sie sichtlich ernst gemeint sind, hier angeführt werden. In dem Resumé seines Vortrages finden sich unter anderen folgende Schlußfolgerungen:

V. Amme und Kind sollen die ersten 2—3 Monate mindestens zweimal wöchentlich von einem beamteten Arzt untersucht werden.

XIII. Die durch das amtliche, dem Standesamt angegliederte Ammenbureau untergebrachten Ammen sollen wöchentlich unentgeltlich durch den Chefarzt untersucht werden. (Auch regelmäßige amtliche Untersuchung der Mütter, die ihr Kind nähren, verlangt er!)

XIV. In der Tat erlebt man, daß eine bei der ersten Untersuchung gesund befundene Amme, die auf Grund des amtlichen Zeugnisses eine Stelle gefunden hat, einige Zeit später von ihrem Manne, ihrem Liebhaber, einer Freundin oder einem

mit ihr dienenden Mädchen angesteckt wird, nachdem diese sich selbst kurz vorher infiziert hatten; aus diesem Grunde ist es notwendig, Ammen und Säuglinge oft zu besichtigen.

RONA-Budapest empfiehlt (13), es gesetzlich festzulegen, daß im Zusammenhang mit Findelanstalten Wöchnerinnenasyle errichtet werden, die ausschließlich mit der Ammenvermittelung betraut werden. Diese dürfen die Ammen nur nach einer gewissen Beobachtungszeit und mit Gesundheitszeugnis versehen aus dem Asyl hinausgeben. Wechselt die Amme ihre Stelle, so muß sie wieder durch das Asyl gehen. Auch dieser Vorschlag ist theoretisch sehr schön, praktisch aber mit gesetzlichem Zwang, wenigstens in Deutschland, wohl sicher undurchführbar.

Anhang.

Organisation der Ammenuntersuchung in Dresden.

In Dresden ist, wie Dr. GALEWSKY auf demselben Kongreß mitteilt (13) (l. c. Bd. 2, S. 283), die Ammenuntersuchung an ein Säuglingsheim angegliedert (14). Wenn es sich dabei auch wohl nicht um ein staatliches Institut handelt, so glaube ich doch folgendes aus seinem Bericht hier mitteilen zu sollen:

„. . . . Vor einigen Jahren ist in Dresden von Herrn Prof. SCHLOSSMANN das Säuglingsheim und die Kinderpoliklinik der Johannstadt gegründet worden, ein Institut, welches den Zweck hat (neben einer Kinderpoliklinik), vor allem die Säuglinge umsonst aufzunehmen, die kranken Säuglinge zu behandeln und die Mütter solange umsonst zu verpflegen, bis sie in einem Hause Stellung als Amme gefunden haben. Jede Amme, welche aufgenommen wird, wird von dem Assistenten der Klinik und mir mehrfach (insbesondere von mir auf Geschlechtskrankheiten) untersucht; es ist auf diese Weise möglich gewesen, unter 350 Ammen in 4 Fällen Lues und in 6 Fällen Gonorrhöe zu konstatieren und die Weiterverbreitung dieser Krankheit in Familien zu verhindern. (Also Syphilis 1,15 Proz., Gonorrhöe 1,7 Proz. D. Verf.)

Jede Familie, welche eine Amme wünscht, hat für die Vermittelung einen Beitrag zu leisten; ein Teil des Gehaltes der Ammen fließt in die Kasse des Säuglingsheimes, welches dafür das Ammenkind bei einer gut beleumundeten Ziehfrau weiter unterzubringen sich bemüht. Jede Ziehfrau hat die Kinder öfter vorzustellen; es erhalten von der Klinik nur solche Ziehfrauen Kinder, welche dieselben gut pflegen.

Die kranken Säuglinge werden mit Muttermilch, syphilitische oder verdächtige Kinder mit abgedrückter Muttermilch oder künstlicher Nahrung ernährt.

Ich glaube, meine Herren, daß wir mit diesem Institut — und dafür spricht auch die stetige Zunahme der Aufnahme von Ammen und Kindern — einem fühlbaren Bedürfnis nachgekommen sind und einen Schritt weiter auf dem Wege der Humanität getan haben."

VI.

Die Organisation der Ammenuntersuchung in außerdeutschen Staaten.

Frankreich [1]).

In Frankreich muß jede Person, die in Ammendienst treten will, gemäß dem Artikel 8 des Gesetzes vom 23. Dezember 1874 (Loi du

1) Die folgenden Angaben beruhen auf amtlichen Mitteilungen der Pariser Polizeipräfektur, die mir durch die dankenswerte Vermittelung des Herrn Polizeidirektor Dr. ROSCHER in Hamburg zugängig wurden.

23 Décembre 1874 relative à la Protection des Enfants du premier age et, en particulier, des nourissons) sich eine Bescheinigung vom Maire ihres Wohnorts verschaffen, in welcher angegeben ist, ob ihr letztes Kind lebt, und bezeugt wird, daß dieses Kind volle 7 Monate alt ist oder daß es, falls es dieses Alter noch nicht erreicht hat, von einer anderen Frau gesäugt wird, die die durch das Reglement der öffentlichen Verwaltung (le Réglement d'administration publique du 27 février 1877) festgesetzten Bedingungen erfüllt.

Der Artikel 8 lautet:

Toute personne qui veut se placer comme nourrice sur lieu est tenue de se munir d'un certificat du maire de sa résidence, indiquant si son dernier enfant est vivant et constatant qu'il est âgé de sept mois révolus, ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme remplissant les conditions qui seront déterminées par le règlement d'administration publique prescrit par l'article 12 de la présente loi.

Toute déclaration ou énonciation reconnue fausse dans les dits certificats entraîne l'application, au certificateur, des peines portées au paragraphe 1er de l'article 155 du Code penal.

Die erwähnten, im Reglement der öffentlichen Verwaltung enthaltenen Bedingungen setzen in ausführlicher Weise eine sehr strenge Kontrolle fest, deren Einzelheiten hier nicht aufgeführt zu werden brauchen.

Ammen, die direkt ohne Vermittelung eines Vermietungsbureaus in Dienst treten, haben weitere Bedingungen nicht zu erfüllen, die Behörde ist nicht berechtigt, irgend eine weitere Kontrolle auszuüben, dagegen muß jede Amme, die in **Paris** durch Vermittelung eines Ammenvermietungsbureaus eine Stelle sucht, sich gemäß Artikel 6—8 de l'Ordonnance de Police du 1er février 1878 auf dem Polizeipräsidium einstellen zur ärztlichen Nachuntersuchung und Eintragung in die Listen.

Dieser Artikel 6 lautet:

Art. 6. — Les personnes, domiciliées ou non dans le département de la Seine, qui auront recours, dans ce département, à l'entremise des loueurs ou loueuses, logeurs ou logeuses de nourrices, ou autres intermédiaires, dans le but de s'y placer comme nourrices sur lieu ou d'y recevoir des enfants pour les élever chez elles devront se présenter à la Préfecture de Police, pour y faire viser et enregistrer le carnet dont elles seront munies.

Dans le cas où les certificats exigés par les articles 27 et 28 du règlement auraient été délivrés à part, et où la nourrice, sevreuse ou gardeuse, qui en serait porteur, se trouverait à Paris sans avoir de carnet en sa possession, ou s'il devenait nécessaire de pourvoir au renouvellement de ce carnet, il lui en serait délivré gratuitement un à la Préfecture de Police.

Art. 7. — Toute délivrance, tout visa ou enregistrement de carnet de nourrice, à la Préfecture de Police, n'aura lieu, lorsque le cas l'exigera, qu'après un examen auquel il aura été procédé par un médecin de notre administration et alors qu'il aura été établi que la nourrice remplit les conditions désirables pour élever un nourrisson.

Art. 8. — S'il nous était, de source sûre, parvenu, sur le compte de nourrices, sevreuses ou gardeuses, des renseignements défavorables et de nature à inspirer des craintes sérieuses sur la façon dont elles soigneraient les enfants qui leur seraient confiés, elles ne pourraient obtenir la délivrance ou le visa du carnet et il leur serait fait défense, provisoire ou définitive, selon l'espèce, de se livrer à l'industrie nourricière dans le département de la Seine ou d'en emporter des nourrissons.

Avis de ces mesures serait immédiatement donné au maire du domicile de ces nourrices.

Die Amme muß bei der Anmeldung vorlegen:

1) Die oben erwähnte Bescheinigung ihres Ortsvorstehers,

2) eine von einem Arzt ihrer Wahl ausgestelltes Zeugnis, in welchem zum Ausdruck gebracht sein muß, daß sie sich zum Ammen-



dienst eignet, daß sie geimpft ist, daß sie keinerlei Gebrechen hat und frei ist von ansteckenden Krankheiten (Schemata siehe unten).

Ammen, die ihren Platz wechseln und durch Vermittelung eines Bureaus eine neue Stelle suchen, müssen sich wiederum zur ärztlichen Nachuntersuchung vorstellen; sie brauchen kein neues privatärztliches Zeugnis vorzulegen, müssen aber eine Bescheinigung ihrer bisherigen Herrschaft besitzen; die betreffenden Herrschaften haben das Recht, sich in dieser Bescheinigung auf Angabe des Zugangs- und Abgangsdatums zu beschränken, wenn sie keine lobenden Bemerkungen machen wollen oder können.

Die ärztliche Untersuchung findet unentgeltlich statt, sie wird durch einen amtlichen, vom Polizeipräsidenten ernannten Arzt vorgenommen (par un Médecin-Inspecteur de la Protection des Enfants du premier âge), der ein jährliches Gehalt von 4000 Frcs. bezieht. —

Nach der Zulassung durch den Arzt wird die Amme in die Liste derjenigen, die sich als Amme vermieten dürfen, aufgenommen und ihr ein Dienstbuch (Carnet de nourrice sur lieu) gegeben. Diese Aufnahme in die Liste wird von der Polizeibehörde verweigert (gemäß Artikel 8):

1) wenn der Untersuchungsarzt sie aus ärztlichen Gründen für ungeeignet zum Ammendienst erklärt,

2) wenn die Polizeibehörde über ihr früheres Leben, ihre Moralität oder ihre Zuverlässigkeit ungünstige Nachrichten besitzt oder erhält,

3) jeder Amme, die den Platz wechselt und kein günstig lautendes Zeugnis ihrer bisherigen Herrschaft vorlegen kann.

Die zur Anwendung kommenden Formulare.

1) Titelblatt des Dienstbuches:

Protection des Enfants du premier âge.

(Exécution de l'art. 8 de la loi du 23 décembre 1874.)

Republique Française

Département de la Seine

Préfecture de Police

1re Division

5e Bureau

2e Section

No. ....

Carnet de nourrice sur lieu

délivré, le .... 190....,

à la née ....

(....................), ...,

demeurant rue...................., no ....,

à ....,

département d ....

Timbre du Bureau. Le Chef de Bureau,

2) Zeugnis des Ortsvorstandes:

Département
d..................................

Mairie
d..................................

Copie du Certificat
délivré par le Maire

Nous, soussigné, Maire d..
certifions que, cejourd'hui,..190....,
la n[ée] .... (...),
née, le..., 18..........., à..,
département d..., exerçant la profession
d..., domiciliée à..,
rue.., n[o]..........., et dont le signalement suit:
cheveux......................., front.........................., sourcils................., yeux.................,
nez ...., bouche......................., oreilles..................., menton.................,
teint......................., visage................, taille 1[m].......................; signes particuliers:
....
s'est présentée devant nous pour nous déclarer son intention de se placer nourrice sur lieu.

En réponse à nos questions, la dite ....
a déclaré que son mari, le S[r]... (....................................),
exerçant la profession d.., était consentant
et que son dernier enfant, né, le..,
à.., ainsi que le constate l'extrait d'acte de
naissance qu'elle nous a présenté, est *ou* sera ....
et placé, moyennant *ou* sans salaire, chez la d[e]...
domiciliée à..., dép[t] d...
laquelle est *ou* n'est pas parente de la mère, et est ou n'est pas munie des deux certificats et du carnet prescrits par le Règlement.

Fait à..., le..190.....

Le Maire,
Signe:

3) Zeugnis des Privatarztes:

Département
d..................................

Copie du Certificat Médical

Je, soussigné, ...,
demeurant à...,
département d ....,
Certifie que la n[ée]..,
(..), ...
domiciliée à ...., département
d..., remplit les conditions désirables pour élever un nourrisson au sein;

Que la naissance de son dernier enfant remonte à ....
mois, et qu'elle ne paraît avoir actuellement ni infirmité, ni maladie contagieuse;

Qu'elle est vaccinée.

Fait à ...., département
d ...., le.. 190.....

Le Médecin,
Signe:

Vu pour la légalisation de la signature
de M..
Le... 190.......

Le Maire,
Signe:

4) Zeugnis der Dienstherrschaft:

Certificat de Service

Je, soussigné, domicilié à ....
rue ...., n° ...., certifie que
la n^ée^ ...., (...),
...., est entrée chez moi,
en qualité de nourrice sur lieu, le .... 190......
et qu'elle en est sortie, le .... 190......

Observations.

....
....
....
....
....

Fait à ...., le .... 190......

Signature (à faire légaliser à la Mairie du domicile du certificateur, ou à faire certifier au Commissariat de police du quartier ou de la circonscription).

Vu pour la .... de la signature
de M ....

Le .... 190......

Sceau. Le ....,

5) Zeugnis des Ammenarztes:

Certificat Médical

(Article 7 de l'Ordonnance de Police du 1er février 1878.)

Je, soussigné, Médecin-Inspecteur des nourrices à la Préfecture de Police, certifie que la n^ée^ ....
(...), ...,
remplit les conditions désirables pour élever un nourrisson au sein, que la naissance de son dernier enfant remonte au .... 190......, qu'elle ne paraît avoir actuellement ni infirmité, ni maladie contagieuse, et qu'elle est vaccinée.

Fait à Paris, le .... 190......

Le Médecin-Inspecteur.

6) Formular betr. die Einschreibung in die Liste:

Inscription

Vu les deux certificats qui précèdent,
la n^ée^ .... (...),
...., a été inscrite de nouveau à la Préfecture de Police, le .... 190......

Le Chef de Bureau,

Timbre du Bureau.

Das Dienstbuch enthält außerdem die sämtlichen für die Amme und die Herrschaft wichtigen gesetzlichen Bestimmungen, ferner sehr verständige ärztliche und hygienische Ratschläge für Mütter und Ammen: Conseils élémentaires aux Mères et aux Nourrices, rédigés et complétés par la Commission de l'Hygiène de l'Enfance de l'Académie de Médecine (novembre 1892). Sie betreffen: 1) Allaitement naturel, 2) Allaitement mixte, 3) Allaitement artificiel, 4) Sevrage, 5) Soins hygiéniques et vêtements, 6) Recommandations spéciales. Der Schlußpassus lautet:

Si les nourrices n'observent pas rigoureusement les prescriptions qui précèdent et si leurs nourrissons sont victimes de leur négligence, elles pourront être poursuivies pour homicide par imprudence, condamnées à un emprisonnement de trois mois à deux ans et à une amende de 50 francs à 600 francs, conformément à l'article 319 du Code pénal.

In Paris werden durchschnittlich jährlich 4000 Säugammen amtlich untersucht, zurückgewiesen werden durch den Arzt ca. 40 = 1 Proz. Die genauen Zahlen sind aus der uns vorliegenden Statistik nicht festzustellen, da in derselben diejenigen Frauen, die in Ammendienst gehen (la nourrice au sein sur lieu), nicht getrennt sind von denjenigen, die Brustkinder zu sich in die Pflege nehmen (nourrice au sein à emporter) und denjenigen, die als Trockenamme in Dienst gehen (nourrice au biberon sur lieu) oder Flaschenkinder zu sich ins Haus nehmen (nourrice au biberon à emporter), denn alle diese sind im wesentlichen denselben Bestimmungen unterworfen. Von den im Jahre 1900 insgesamt untersuchten 11482 nourrices wurden 69 zum Dienst als Säugammen für untauglich erklärt, aber als Trockenamme zugelassen (63 wegen Milchmangel, 4 wegen Psoriasis, 1 wegen Schwangerschaft, 1 wegen Schwäche), 70 wurden endgültig abgewiesen, 1 weil sie nicht geimpft war und sich nicht impfen lassen wollte, 40 wegen nicht genügenden privatärztlichen Zeugnisses, 7 wegen Milchmangel, 3 wegen Syphilis, 9 wegen Erkrankung der Brust, 5 aus verschiedenen Gründen, 2 wegen zu jugendlichen Alters (unter 16 Jahren); es waren außerdem vorher 691 vorläufig zurückgewiesen, 319 wegen noch fehlender Impfung, dieselbe wurde dann unter Zustimmung der Ammen nachgeholt, 372 aus verschiedenen Gründen, meist wegen nicht genügenden privatärztlichen Attestes. Von der Polizeibehörde waren außerdem noch 40 Ammen zurückgewiesen, 20 von ihnen hatten kein günstiges Zeugnis von ihrer letzten Herrschaft vorzeigen können, 2 hatten schlecht für den letzten Säugling gesorgt, 7 hatten mehrfach Todesfälle bei ihren Pflegebefohlenen erlebt (Décès multiples), 1 war gerichtlich bestraft, 10 hatten ungenügende Papiere.

Der große Unterschied zwischen der Pariser und Hamburger ärztlichen Statistik erklärt sich dadurch, daß in Paris nur solche Ammen zur amtsärztlichen Untersuchung kommen, die schon vorher privatärztlich untersucht und als gesund und tauglich befunden sind.

Ob diese zwangsweise amtsärztliche Nachuntersuchung der Ammen, wie sie für das Département de la Seine durch Reglement verfügt ist, auch noch in anderen größeren Städten Frankreichs ausgeübt wird, habe ich nicht feststellen können.

Rußland [1]).

In St. Petersburg ist die Ammenuntersuchung angegliedert an das „Asyl zur Versorgung der Bewohner St. Petersburgs mit zuver-

1) Nach dem Bericht des Dr. Ernst Hoerschelmann in St. Petersburg (11).

lässigen Ammen und zur Verpflegung von Kindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahre, gestiftet zum Andenken an den Grafen Alexander Grigorjewitsch Kuscheloff-Besborodko". Wenn es sich bei demselben nun auch um ein der privaten Wohltätigkeit entstammendes Unternehmen handelt, dem ein amtlicher Charakter sichtlich nicht zukommt, wenn speziell auch keinerlei Zwang für Herrschaft oder Amme zu bestehen scheint, sich gerade dieses Institutes zu bedienen, so habe ich nach den Mitteilungen HOERSCHELMANNS (11) doch den Eindruck, daß das Institut für die Ammenversorgung St. Petersburgs nicht ohne Bedeutung ist. Eine kurze Besprechung der Geschichte und Einrichtung des Asyls ist daher wohl berechtigt.

Die Anstalt ist begründet im Jahre 1852 von Dr. ERNST MEIER und ging im Jahre 1855 in den Besitz des Grafen Grigorii Alexandrowitsch Kuscheloff-Besborodko über. In den 5 Monaten Juli bis November 1855 wurden von ihr 85 Ammen abgelassen, in den 40 Jahren ihres Bestehens bis zum 1. Januar 1892 haben 17125 Ammen in ihr Aufnahme gefunden. Notizen finden sich über 15003 Ammen, von denen 10897 einen Dienst fanden, während 4106 die Anstalt wegen Untauglichkeit, Erkrankung oder sonstiger Gründe verlassen mußten. Von 14166 Ammen waren 11124 verheiratet oder verwitwet, 3042 ledig.

Aus den Statuten der Anstalt möge hier folgendes Platz finden: Die Anstalt zerfällt in 2 Abteilungen:

I. Die Ammenabteilung.

Unter den Ammen sind 3 Kategorien zu unterscheiden:
a) solche, die so lange in der Anstalt bleiben, bis sie eine Anstellung in einem Privathause oder bei einem der Pfleglinge der Anstalt finden,
b) sogenannte ambulatorische Ammen, die nur zum Zweck einer ärztlichen Untersuchung und Erlangung eines ärztlichen Zeugnisses in die Anstalt kommen, und endlich
c) die Ammen, die aus der Zahl der sub a) angeführten für die Anstaltskinder jahresweise engagiert werden.

Jede Amme muß sich einer strengen Untersuchung unterwerfen; zugleich findet eine spezielle Untersuchung der Milch in quantitativer und qualitativer Beziehung statt. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden in ein besonderes Journal eingetragen.

Die Ammen verpflichten sich, 2 Wochen in der Anstalt zu bleiben und sind in diesem Fall befreit von jeglicher Zahlung. Verlassen sie die Anstalt jedoch freiwillig vor diesem Termin oder bleiben sie über ihn hinaus, so haben sie in ersterem Fall für jeden Tag, im letzteren für jeden über die 2 Wochen zugebrachten Tag 10 Kop. zu zahlen.

Für eine aus der Anstalt bezogene Amme hat der Dienstgeber 10 Rbl. zu entrichten; dabei garantiert die Anstalt, soweit es möglich ist, für die Tauglichkeit auf einen Monat. Sollte aus irgend einem legalen Grunde ein Wechsel der Amme sich als notwendig herausstellen, so verpflichtet sich die Anstalt, im Laufe dieser Zeit ohne jegliche Entschädigung zweimal die Amme zu wechseln. Nach Ablauf eines Monats vom Empfang der ersten Amme an gerechnet muß die bestimmte Zahlung von neuem eingetragen werden.

Die ambulatorischen Ammen erhalten auf die Untersuchung hin ein Zeugnis, welches nur für 4 Tage gültig ist; nach Ablauf dieses Termins müssen sie sich einer neuen Untersuchung unterziehen, wenn das Zeugnis seine Gültigkeit noch fernerhin behalten soll.

Endlich verpflichtet sich die Anstalt, nach Möglichkeit die Ammen in der Wartung der Kinder zu unterweisen.

II. Die Kinderabteilung.

. . . .

Ambulatorische Ammen kommen nun so gut wie gar nicht vor, ebenso ist die Bestimmung, daß die Ammen, wenn sie vor 2 Wochen die Anstalt verlassen oder länger in derselben bleiben, ein kleines Kostgeld zu zahlen haben, in der Praxis unausführbar, sie gehen auch bei der Annahme fast nie auf die Bedingung ein, sich für einen 14-tägigen Aufenthalt zu verpflichten, so daß in der letzten Zeit auch von dieser Bedingung Abstand genommen ist.

Von Papieren braucht die Amme nur den Paß zur Legitimation mitzubringen. Die Kinder der Amme werden wegen Platzmangel nicht mit aufgenommen, werden daher auch fast nie mitgebracht und kommen den untersuchenden Aerzten nur sehr selten zu Gesicht. Als großer Mißstand wird es ferner beklagt, daß es nicht zu erreichen ist, daß die Ammen den Taufschein ihrer Kinder mitbringen; es scheint nicht selten vorzukommen, daß Ammen ihr Kind für erheblich jünger ausgeben, als es wirklich ist, eine Amme behauptete z. B., vor 2 Monaten geboren zu haben, während ihr Kind in der Tat bereits 14 Monate alt war, sie hat noch 6 Monate mit gutem Erfolg ein 9-monatliches schwer rachitisches Kind genährt.

Bis Anfang der 70er Jahre hatte der jedesmalige Direktor der Anstalt allein die Untersuchung der Frauen vorgenommen, seit dieser Zeit ist noch ein zweiter Arzt, ein Spezialarzt für Syphilis und Hautkrankheiten, angestellt, der jede Frau insbesondere nach dieser Seite hin zu untersuchen hat. Ein großer Wert wird auf Untersuchung der Brüste und der Milch gelegt.

Literatur.

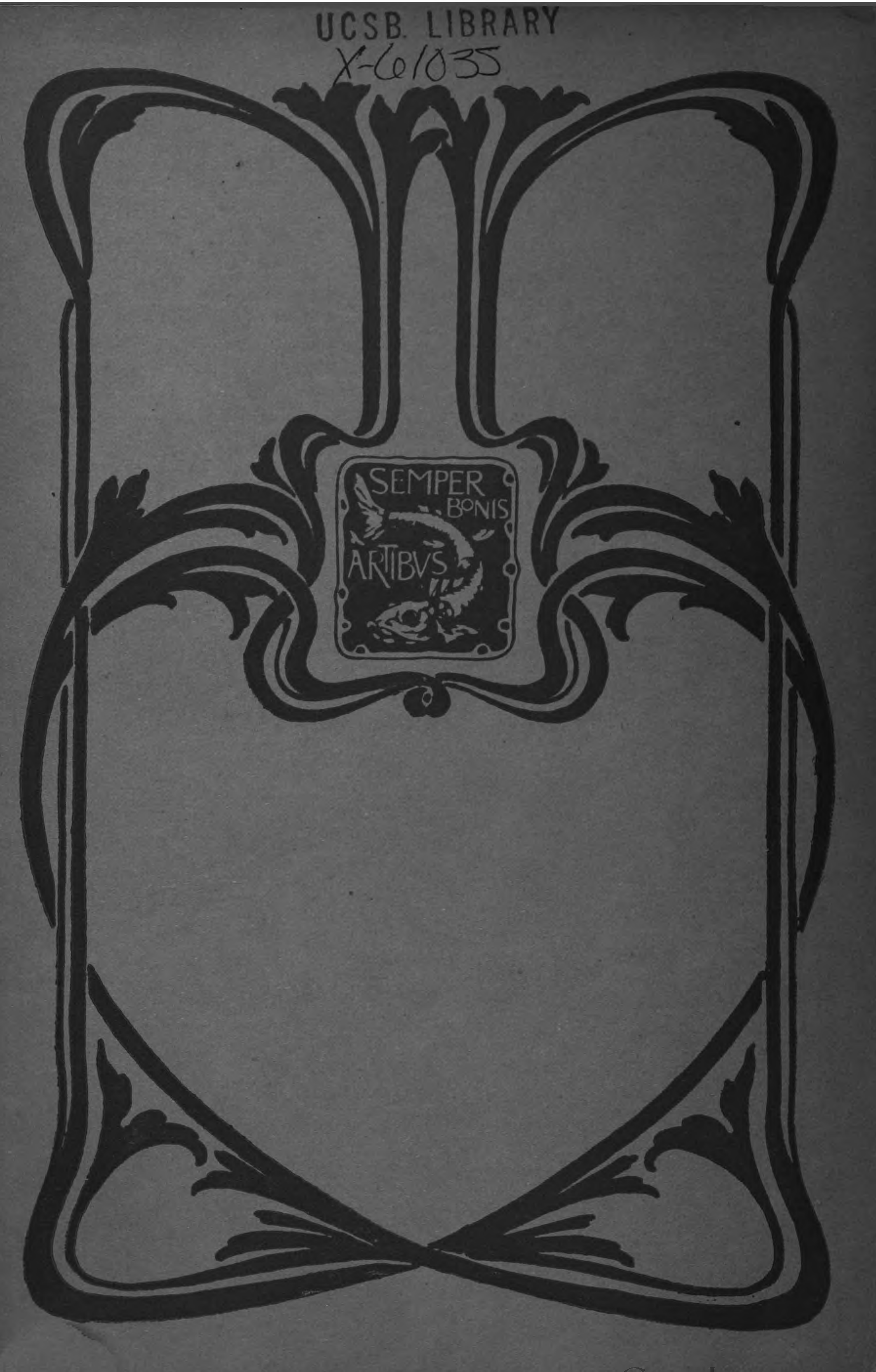
1) **Schmalfuss**, *Das Ammenwesen in Hamburg. Deutsche Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 25, S. 93—104.*
2) **Schlichter, Felix**, *Anleitung zur Untersuchung und Wahl der Amme. Wien, Josef Safar, 1894.*
3) *Ueber Prophylaxis der Syphilis. Wien 1893, Verlag der Wiener dermatologischen Gesellschaft. (Referat von einem ad hoc eingesetzten Komitee.)*
4) **Temesváry, Rudolf** *in Budapest, Regeln für die Wahl einer Amme. Internationale klin. Rundschau, IV. Jahrgang, No. 30 u. 32.*
5) **Palmer, O.**, *Untersuchungen über die Residuen rezenter Syphilis bei Weibern bezüglich ihrer Häufigkeit und ihrer diagnostischen Bedeutung. Deutsche med. Wochenschr., 1895, No. 5.*
6) **Reincke**, *Das Medizinalwesen des hamburgischen Staates. Hamburg, W. Mauke Söhne, 1877, 2. Aufl.*
7) *Derselbe, Ibid., 1900, 3. Aufl.*
8) **Guttstadt**, *Deutschlands Gesundheitswesen. Teil I, S. 270, Aufl. 1890.*
9) **Weyls** *Handbuch der Hygiene, Bd. 7, H. Neumann: öffentl. Kinderschutz, Ammenwesen, S. 508—510.*
10) **Pfeiffer** *in Gerhards Handbuch der Kinderkrankheiten, 1. u. 2. Abt., Tübingen 1882, S. 294.*
11) **Hoerschelmann**, *Das Ammen- und Kinderasyl des Grafen A. G. Kuscheloff-Besborosko zu St. Petersburg, nebst allgemeinen Bemerkungen über das Ammenwesen. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 35, Leipzig, G. B. Teubner, 1893.*
12) **Bezy**-*Toulouse in dem Bericht über die Verhandlungen der Sektion für Kinderheilkunde auf dem XIII. internationalen Kongreß in Paris. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 52, S. 382.*
13) *Bericht über den II. Brüsseler internationalen Kongreß zur Bekämpfung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten. Brüssel, Henry Lamertin, 1902 u. 1903. Bd. 1: Das Ammenwesen betreffen die Berichte von Prof. Rona-Budapest, Dr. Ramazzotti-Mailand, Dr. Petrini de Galatz, Professor in Bukarest. Bd. 2, S. 283—298 findet sich die Diskussion über dasselbe Thema.*
14) **Galewsky, E.**, *Ueber Ammenuntersuchungen am Säuglingsheim zu Dresden. Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 40, Heft 1—3.*

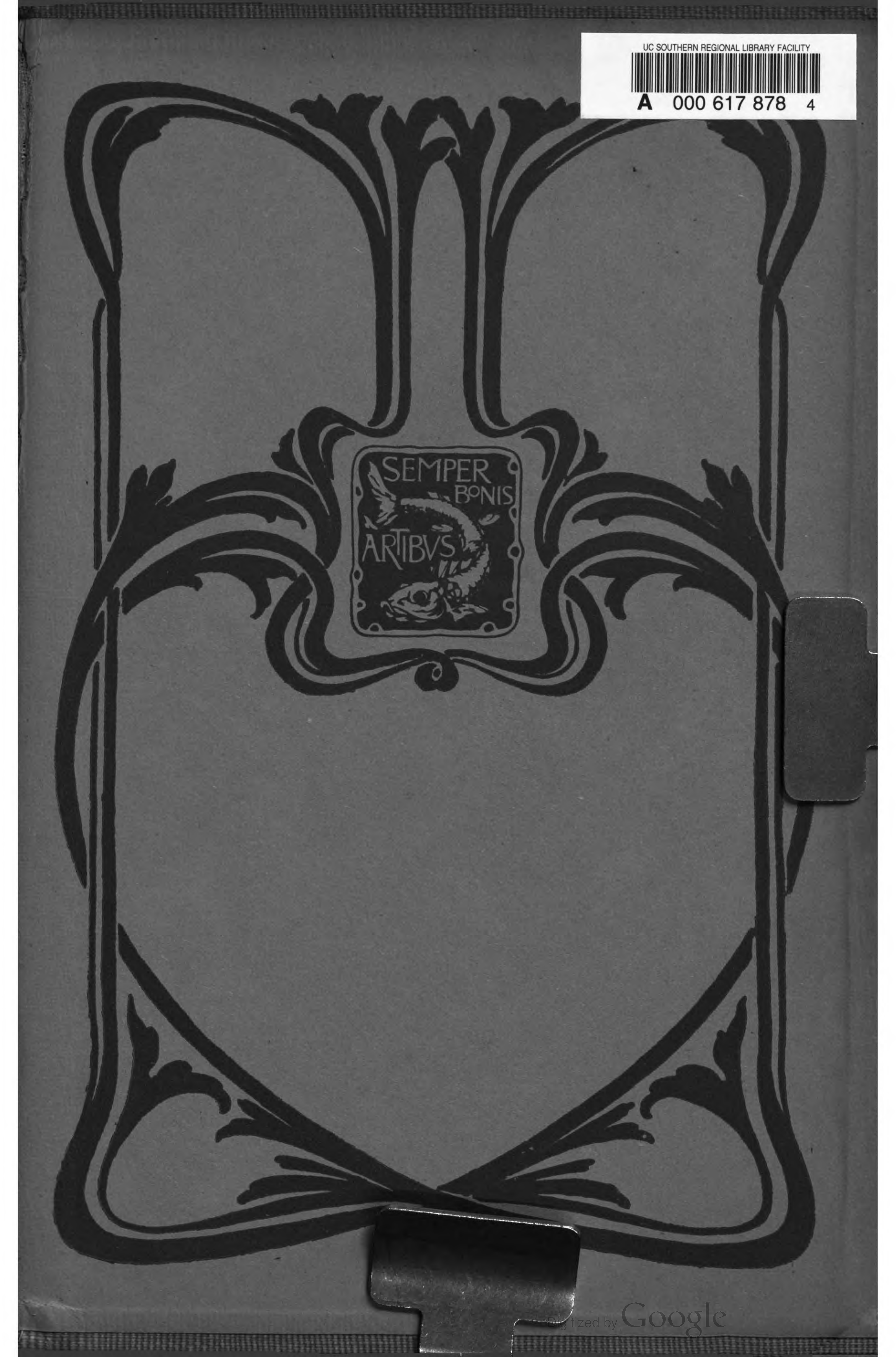
Frommannsche Buchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena. — 2851

Sach- und Namenregister.

(Die Ziffern bedeuten die Seitenzahlen.)

Frommannsche Buchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena. — 2851


SEMPER
BONIS
ARTIBVS


SEMPER
BONIS
ARTIBVS

